FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 46

ÉTUDE

SUR LE

KYSTE HYDATIQUE

DES OS DU BASSIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 DÉCEMBRE 1895

PAR

Henri-Félix LARRE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX
ANCIEN PROSECTEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
LAURÉAT DE LA FACULTÉ (Médaille d'argent 1889-90).
Né à Oloron-Ste-Marie (Basses-Pyrénées), le 30 septembre 1870.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	BOUCHARD,	professeur,	*président.*
	DEMONS,	professeur,	*juges.*
	VILLAR,	agrégé,	
	CANNIEU,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N°

ÉTUDE

SUR LE

KYSTE HYDATIQUE

DES OS DU BASSIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 DÉCEMBRE 1895

PAR

Henri-Félix LARRE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX
ANCIEN PROSECTEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
LAURÉAT DE LA FACULTÉ (Médaille d'argent 1889-90).
Né à Oloron-Ste-Marie (Basses-Pyrénées), le 30 septembre 1870.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	BOUCHARD,	professeur,	*président.*
	DEMONS,	professeur,	*juges.*
	VILLAR,	agrégé,	
	CANNIEU,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique interne.....	MM. PICOT. PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne.....	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Clinique d'accouchements.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Anatomie.....	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Physique.....	BERGONIÉ.
Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pharmacie.....	FIGUIER.
Matière médicale.....	DE NABIAS.
Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique.....	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale.....	MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements.....	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	MM. PRINCETEAU. CANNIEU.	Histoire naturelle.	MM. BEILLE.
		Physiologie.....	PACHON.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie.....	DENIGÈS.
Pharmacie.....	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales....	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. cutan. et syphil...	DUBREUILH.	Pathologie externe ..	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.	Accouchements.....	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie.....	DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur M. LANELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Académie de Bordeaux.

A Monsieur le Docteur SOLLES

Médecin honoraire des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A Monsieur le Docteur PITRES

Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Professeur de Clinique médicale, Chevalier de la Légion d'honneur,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de Biologie.

A Monsieur le Docteur L. LANDE

Médecin des Hôpitaux,
Chef des travaux pratiques de médecine légale,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Adjoint au Maire de Bordeaux.

A Monsieur le Docteur MARTIN du MAGNY

Médecin-adjoint des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543507_0059

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHARD

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Commandeur de l'ordre de Charles III d'Espagne,
Commandeur de l'ordre de la Rose du Brésil, etc., etc.

Témoignage de respectueuse sympathie
et de profonde reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous tenons à dire adieu à ceux que nous quittons et à remercier ceux qui nous ont aidé plus particulièrement de leurs enseignements et de leurs conseils.

Nos regrets vont d'abord à nos camarades d'internat. Ce n'est pas sans un serrement de cœur que nous nous séparons d'eux; c'étaient tous pour nous des amis, et nous espérons qu'ils continueront à nous considérer comme un des leurs.

Ils vont ensuite à nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux: M. le professeur Lanelongue, près duquel nous avons fait nos premières armes médicales, M. le Dr Solles et M. le professeur Pitres, dont nous avons été l'externe, M. le Dr Lande et M. le Dr Martin du Magny dont nous avons été l'interne; M. le professeur Vergely, dont la bienveillance ne nous a jamais manqué.

Nous avons toujours trouvé auprès de M. le professeur de Nabias et M. le Dr Louis Hirigoyen le plus sympathique accueil; nous leur en exprimons ici toute notre gratitude.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Demons, au service duquel nous avons terminé notre internat. Il nous a permis d'apprécier, dans des circonstances particulièrement délicates, que le talent n'exclut jamais le cœur.

Nous ne voulons pas oublier M. le Dr Chavannaz, chef de clinique chirurgicale de la Faculté, dont l'amitié pour nous

ne s'est jamais démentie. Il connaît trop nos sentiments à son égard pour que nous ayons besoin de l'en remercier.

M. le professeur agrégé Princeteau, notre ancien chef des travaux anatomiques, M. le professeur agrégé Villar et M. le professeur agrégé Chambrelent ont souvent été pour nous des conseillers aussi aimables qu'utiles. Nous nous le rappellerons toujours.

Les années passées comme prosecteur auprès de M. le professeur Bouchard, sont de celles dont le souvenir ne s'efface jamais, Il sait, mieux que tout autre, quelle influence il a eue sur la direction de nos études, et notre reconnaissance à son égard ne saurait être jamais assez grande. Nous le remercions d'avoir bien voulu achever son œuvre, en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

ÉTUDE

SUR LE

KYSTE HYDATIQUE

DES OS DU BASSIN

HISTORIQUE ET INTRODUCTION

L'histoire des kystes hydatiques des os du bassin est très courte. Nous n'en connaissons que dix-huit observations échelonnées sur une période de près de soixante ans, et nous comprenons que des chirurgiens éminents, comme Billroth, n'en aient jamais rencontré dans leur pratique. La première en date est celle de Mazet, en 1837; c'est une simple relation d'autopsie, sur laquelle nous n'insisterons pas. L'observation de Frickes, parue en 1838, nous montre la vraie marche de la maladie abandonnée à elle-même, sans intervention d'aucune sorte, et aboutissant ainsi à la cachexie. L'article de Bérard, dans le Dictionnaire en 30 volumes, n'étudie pas spécialement cette question; mais, il est basé en partie, sur l'observation précédente, et il n'est pas sans intérêt pour nous. Le raisonnement y complète ce que la clinique n'avait fait qu'entrevoir, et la description générale qu'il nous donne de l'affection hydatique

des os, nous fait assister à l'évolution complète du kyste des os du bassin. Nous la rangeons parmi les meilleures; le traitement y est tracé de main de maître et, en lui donnant le verni de la chirurgie moderne, on le croirait écrit d'hier. Nous sommes en 1840. Nous ne ferons que citer les observations successives de Stanley, Denonvilliers, Gurlt, Pihan et Rokitansky. Lavaine, dans son Traité des Entozoaires, paru en 1860, réunit quatre cas de kystes hydatiques du bassin, sans apporter aucun fait nouveau.

Il faut arriver au travail de Viertel, publié en 1875, à l'occasion d'une observation personnelle, pour trouver une monographie intéressante sur la question. Cet essai d'individualisation est loin d'être complet. Il est basé seulement sur cinq observations, et bien des questions y sont laissées dans l'ombre.

L'observation de Reczey nous présente un bel exemple de destruction de l'os coxal, avec planche à l'appui, mais sans étude clinique. Pintos Pasella rapporte, en 1829, un cas très intéressant avec difficultés obstétricales. Porak, qui le cite, nous paraît ne pas l'avoir suffisamment approfondi, et nous comprenons difficilement son mutisme sur les complications dystociques pouvant être entraînées par les kystes hydatiques des os du bassin. Havage, dans sa Thèse sur les tumeurs des os du bassin, décrit très sommairement le kyste hydatique, dont il a pu réunir neuf cas. Heydenreich n'en mentionne que huit, dans son important article sur les affections des os, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Nous en ajouterons deux nouveaux, relatés par Tendelenburg et Bardleben. La plupart des observations précédentes se retrouvent dans la Thèse d'agrégation de Gangolphe (1886). Elle ne roule pas spécialement sur la question, qui en constitue un chapitre, un peu écourté à notre avis. Il nous apporte un cas nouveau observé par M. Polaillon. Nous n'analyserons pas complète-

ment cet excellent travail, mais nous sommes certain de ne nous attirer aucun reproche, en faisant l'éloge de la partie relative à la pathogénie et à l'anatomie pathologique, complète sous tous les rapports et après laquelle il est bien difficile de donner, sans plagiat, une description neuve et bonne des lésions hydatiques des os. L'observation de Rendu, parue en 1888 dans la *France médicale*, mérite une place à part. Elle reconstitue presque à elle seule toute l'histoire clinique des kystes du sacrum. Rien à noter de spécial dans l'article de Walther, du Traité de chirurgie. La thèse de de Lavigne sur les kystes hydatiques du petit bassin, nous offre une esquisse légère de la lésion hydatique des os du bassin. Elle nous apporte un nouveau cas inédit, recueilli dans le service de M. Fontorbe. Nous ne citerons que pour mémoire l'observation très incomplète de M. Schnitzler.

Tel était l'état de la question, lorsque nous avons communiqué, avec M. Chavannaz, au Congrès de gynécologie de Bordeaux (1895), une observation nouvelle recueillie dans le service de M. le professeur Demons.

Les recherches que nous avons faites, à cette occasion, nous ont convaincu, comme nous croyons l'avoir fait nous-même plus haut, de l'absence d'une étude sérieuse et complète de l'affection. Ayant en mains des documents suffisants, et surtout, fort de l'observation personnelle d'une malade que nous avons pu suivre depuis sa sortie de l'hôpital, il nous a paru utile de combler cette lacune de la littérature médicale. Nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous croyons qu'une thèse ne doit pas être seulement un dictionnaire, un recueil de documents; qu'elle doit être surment une *œuvre personnelle*. Nous en agirons ainsi dans cette monographie. Tout en faisant reposer en partie notre travail sur des documents cliniques que nous avons réunis à la fin,

pour qu'on puisse les consulter au besoin, nous ferons jouer un grand rôle, dans leur analyse, au raisonnnement personnel. Certes, nous nous inclinons devant les opinions plus autorisées, lorsqu'elles sont à l'abri de la critique; mais nous croyons que le raisonnement est l'apanage de tous, et que dans les questions controversées il faut *savoir se faire une opinion*. Aussi, nous permettrons-nous d'exposer toujours en pareil cas notre manière de voir. Dans le cours de cette étude clinique, nous ne négligerons jamais non plus de donner l'explication d'un symptôme lorsque celle-ci nous paraîtra rationnelle et, pour que notre bonne foi ne puisse jamais être suspectée, nous mettrons toujours en regard du fait signalé l'indication de la source où nous l'avons puisé. Nous nous efforcerons toujours de faire intervenir, lorsque nous le pourrons, l'observation personnelle et d'exposer les faits tels que nous les avons constatés, dût notre appréciation ne pas être admise par tous. Cette méthode nous permettra d'insister sur quelques symptômes tels que le frémissement hydatique, d'en décrire d'autres qui ne sont pas signalés ailleurs, comme la fluctuation crépitante.

Le plan que nous adopterons dans notre monographie est le plan classique. Il nous paraît être le plus clair et le plus commode pour une description. Nous ne fatiguerons pas nos lecteurs par l'énumération de titres qu'ils retrouveront d'ailleurs en tête de chacun des chapitres.

Disons cependant que, pour ne pas multiplier les divisions, il nous a paru rationnel de réunir dans un même chapitre les causes de l'affection à leurs effets sur l'os, et de ne pas séparer les symptômes de leur marche, qui n'est en somme que l'exposé de leur ordre de succession.

Nous avons cru faire enfin œuvre utile, en consacrant un paragraphe spécial à l'étude des rapports qui existent entre le kyste hydatique et la grossesse, dans le but de rendre plus apparents des faits jusqu'ici complètement laissés dans l'ombre.

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Longtemps, on a ignoré la véritable *cause* des kystes hydatiques des os. On invoquait les influences atmosphériques, le traumatisme et autres phénomènes de même genre.

Depuis les découvertes de Nicolas Audry, complétées par de patientes recherches, on sait qu'il faut incriminer la *larve enkystée* ou *hydatide* du *tænia echinococcus*, qui vit à l'état adulte dans l'intestin du chien et est dénommé à tort par Van Beneden *tænia nana*. Les autres causes sont d'un ordre secondaire. Nous allons les analyser d'abord rapidement, pour aborder ensuite l'étude de l'échinocoque et de son action sur l'organisme.

L'*âge* ne paraît pas avoir une grande influence sur le développement de l'hydatide. C'est en général de 20 à 40 ans que la maladie suit son cours.

L'influence du *sexe* est difficile à déterminer rigoureusement, notre statistique portant encore sur un nombre restreint d'observations. Elle nous donne, sur 13 cas à sexe déterminé, 8 femmes et 5 hommes. La maladie paraîtrait donc plus fréquente chez les femmes. Ce que nous dirons plus tard, sur le mode d'invasion de l'organisme et sur l'influence de la grossesse l'expliquerait dans une certaine mesure.

Toutes les causes de *misère physiologique*, telles que l'humidité, le manque d'air, la mauvaise nourriture, agissent en détériorant l'organisme et en facilitant l'œuvre du parasite.

L'influence des *mœurs* et des *habitudes* est très grande. Nous avons dit que l'hydatide était la larve du tænia echino-

coccus. Les œufs de cet helminthe sont évacués par les matières fécales. Il leur est facile de pénétrer dans le tube digestif de l'homme, par l'intermédiaire des légumes crus, des salades ou de l'eau contaminée. Quelques-uns restent attachés aux poils de la marge de l'anus du chien et, pour qui connaît les mœurs de ces animaux, on voit combien il leur est facile de gagner l'orifice buccal et à quel danger d'infection s'exposent les personnes qui cohabitent avec eux.

Ceci nous explique pourquoi les kystes hydatiques sont particulièrement nombreux dans certains pays, comme l'Islande, la Sibérie et plus près de nous dans les Landes. L'infection, dans ce dernier pays, est d'autant plus facile que les puits y sont peu profonds et alimentés presque uniquement par les eaux pluviales.

L'influence du *traumatisme* est manifeste. Il nous suffit de compulser les documents cliniques pour la retrouver à chaque pas. (Obs. I, III, V, XIII, XVII).

M. Danlos a fait, dans sa thèse, une étude sérieuse de son action sur le développement des kystes hydatiques en général.

Nous ne retiendrons que ses conclusions, qui sont les suivantes :

1° Très souvent, les kystes hydatiques ont été précédés d'un traumatisme de la région où ils se sont développés.

2° Ces faits sont nombreux, trop généraux pour ne pas indiquer un rapport de causalité.

3° Les auteurs qui n'ont pas tenu compte suffisamment de l'animalité des kystes hydatiques, ont généralement reconnu au traumatisme le rôle de cause efficiente (par inflammation, par frottement, par transformation d'un foyer sanguin).

4° Parmi ceux qui reconnaissent l'animalité des kystes hydatiques, quelques-uns ont cru que le traumatisme déterminait leur formation par génération spontanée.

5° Admettant que les kystes hydatiques proviennent toujours d'un œuf, nous ne pouvons accorder aux influences extérieures d'autre rôle que celui d'en favoriser la fixation et le développement, soit par une rupture vasculaire, soit plutôt par fluxion traumatique.

L'action du traumatisme est donc certaine. Elle se manifeste en amenant la localisation de l'hydatide ou en développant un foyer déjà existant. La première opinion a pour elle les expériences de Klencke, imitées de celles de Max Schüller dans la tuberculose et, où il est parvenu, après injection intra-veineuse d'embryons, à amener le développement d'une tumeur hydatique dans un point lésé expérimentalement. La seconde s'appuie sur de nombreux faits cliniques et nous trouvons dans les observations de Polaillon, de Fontorbe, pour ne citer que celles-là, des exemples de tumeurs à évolution lente ayant subi un accroissement rapide sous l'influence du traumatisme.

Nous n'insisterons pas sur l'influence de la *grossesse* et de l'*accouchement* qui est tout aussi nette, nous proposant de l'étudier dans un chapitre spécial.

Mais, la véritable cause de la maladie est, nous l'avons dit, la larve enkystée du tænia échinococcus. L'embryon qui lui donne naissance doit subir, pour parvenir aux os du bassin, une série de migrations que nous allons essayer d'exposer de la manière la plus concise.

Le *tænia echinococcus*, petit tænia de 3 à 4 millimètres à 34 ou cucurbitains, après avoir passé sa vie adulte dans l'intestin du chien où il adhère, donne naissance à des œufs expulsés avec le dernier anneau. Ces œufs pénètrent dans le tube digestif de l'homme directement, ou par l'intermédiaire des aliments, et arrivent ainsi dans l'estomac. Là, leur coque se dissout sous l'influence des sucs digestifs; l'embryon qu'ils contiennent et auquel ses six crochets ont fait donner le nom

d'hexacanthe, se trouve ainsi mis en liberté. Le séjour agité du tube digestif est loin d'être favorable à son évolution ultérieure; aussi, va-t-il se hâter de chercher un asile plus tranquille. Il va perforer la paroi stomacale et, rencontrantsur sa route un capillaire, il va pénétrer dans la circulation générale, soit directement, soit par l'intermédiaire des ramifications de la veine porte, qui l'amèneront d'abord dans le foie.

Le courant veineux le porte dans le cœur droit d'où il passe dans le poumon et se trouve alors lancé dans le réseau artériel. Le hasard, le traumatisme et autres causes de même nature déterminent, suivant les cas, la localisation; il arrive que quelques embryons s'égarent dans le sacrum ou l'os coxal et s'y arrêtent pour y évoluer à leur gré.

C'est là le mode d'invasion de l'os le plus généralement admis. Il nous explique la rareté de l'affection hydatique des os du bassin et la coexistence, parfois constatée, de lésions similaires du foie et du poumon; mais il ne nous rend pas compte de la fréquence plus grande des localisations hydatiques dans cette région que dans les autres os, et qui n'est justifiée d'ailleurs par aucune particularité anatomique.

Nous ne comprenons pas non plus pourquoi l'arrêt des embryons dans des capillaires aussi ténus que ceux du foie et du poumon, n'est pas plus souvent observé. Enfin, pourquoi le kyste du sacrum est-il si rare comparé à celui de l'os coxal? Cette théorie est muette à ce sujet, de même qu'elle ne nous explique pas la fréquence plus grande de la lésion dans l'os coxal droit que dans le gauche. Nous ne croyons donc pas que ce mode de pénétration de l'embryon soit le seul.

En étudiant attentivement la marche des aliments dans le tube digestif, nous voyons qu'ils subissent trois arrêts : un dans l'estomac, un au niveau du cœcum, un autre au niveau de l'S iliaque. Il est certain, d'autre part, que tous les embryons

ne traversent pas l'estomac, puisqu'on en retrouve dans les matières fécales. Pourquoi ne pas admettre, qu'un certain nombre d'entre ceux qui sont entraînés avec les substances alimentaires, profitent des deux autres stations pour essayer à leur tour de se metire à l'abri? Le cœcum et l'S iliaque nous paraissent encore plus favorables que l'estomac à cette migration, grâce à leur déclivité et au calme relatif qui y règne. Les moins agiles auront le temps de passer avant d'être entraînés.

Que deviendront les embryons qui auront traversé la paroi intestinale à ce niveau? Nous connaissons les rapports intimes qui unissent le cœcum et l'S iliaque à l'os coxal, sur lequel ils sont pour ainsi dire couchés. Tous les embryons ne pénètreront pas dans des capillaires et de là, dans la circulation générale. Il nous semble qu'il sera facile, pour un certain nombre, de gagner l'os des îles. Les voies d'accès ne leur manqueront pas. Ils pourront y arriver directement en traversant les tissus, et les expériences de Baillet nous ont montré que ce mode de progression n'était pas délaissé par le parasite. On objectera avec Segond que l'embryon n'a pas les spicules assez résistants pour perforer l'os; cette objection tombe d'elle-même. Il existe des orifices de conduits de Havers assez nombreux à sa surface, pour que l'embryon n'ait pas à faire jouer ses crochets.

On nous demandera pourquoi l'arrêt ne se fait pas plutôt au niveau des parties molles? C'est là une question de physiologie parasitaire que nous ne pourrions élucider qu'en connaissant à fond les mœurs du parasite. Mais il lui arrive de s'égarer, de pénétrer dans le péritoine ou le tissu cellulaire du bassin et d'y engendrer des tumeurs de même nature.

La voie directe n'est pas la seule qui se présente à lui; les artères se rendant à l'os coxal sont si nombreuses, qu'il peut

bien en rencontrer une. Nous savons, d'autre part, que les veines du petit bassin communiquent avec celles des parois par des anastomoses nombreuses, dont la plupart ne possèdent pas de valvules. Le cours du sang s'y effectue si lentement que l'embryon peut facilement remonter ce courant si faible et pénétrer dans l'os dont les canaux veineux sont, nous le savons, dépourvus aussi de valvules. Nous ne dirons rien de la voie lymphatique encore peu connue, mais nous croyons qu'il doit exister ici des fentes lymphatiques nombreuses, par lesquelles l'accès de l'os est très facile.

Cette conception du mode d'envahissement de l'os coxal nous paraît résoudre les objections que nous nous sommes posées plus haut. Elle nous explique la rareté des kystes simultanés du foie et des poumons, puisque l'embryon ne passe plus dans leurs capillaires étroits. Elle nous rend compte du peu de fréquence des affections hydatiques des os du bassin, tout en nous indiquant pourquoi ils sont plus souvent atteints que les autres os, puisque seuls ils bénéficient de cette disposition anatomique. La rareté plus grande des kystes du sacrum, dont les rapports avec ces régions intestinales sont peu intimes, ne nous surprend plus. Enfin, nous nous expliquons pourquoi l'os coxal droit est plus souvent envahi que le gauche. Les embryons qui pénètrent dans ce dernier sont les moins vivaces, ceux qui n'ont pas eu assez d'agilité pour passer ailleurs. Beaucoup moins nombreux, ils arrivent difficilement à se sauver avant l'expulsion définitive. En résumé, si nous prenons les embryons au moment de leur sortie de l'œuf, une partie perfore l'estomac et se rende au foie et dans la circulation générale qui peut les amener dans l'os coxal ou le sacrum. Nous pouvons alors trouver des lésions hydatiques dans d'autres organes et notamment dans le poumon et le foie. Une autre partie passe au niveau du cœcum, et les embryons qui n'ont

pas pénétré dans la circulation générale ou ne se sont pas fixés dans les parties molles et le péritoine, se rendent à l'os coxal droit par des voies diverses. Le reste continue à cheminer avec les matières fécales; quelques-uns, au niveau de l'S iliaque agissent comme plus haut au niveau du cœcum et une partie peut aussi se fixer dans l'os coxal gauche.

Les autres sont expulsés de l'organisme.

Hunter a exposé une théorie ingénieuse et qui diffère complètement de celle que nous venons de décrire. D'après lui, la plupart des kystes du bassin seraient secondaires à des kystes du foie ayant laissé tomber, grâce à la déchirure de leur enveloppe, des vésicules qui se seraient développées ultérieurement. Gangolphe n'admet pas que ces vésicules envahissent secondairement l'os car, dit-il, le kyste procède par usure et non par envahissement. Nous croyons que ce n'est pas une raison suffisante pour rejeter cette théorie. Le kyste ainsi produit peut d'abord user la table interne; il se trouve alors en présence du tissu spongieux dans lequel il se développe selon sa méthode habituelle. Nous sommes bien obligés d'admettre ce mode d'action, comme nous le verrons plus loin, pour expliquer l'envahissement d'un os voisin séparé de celui primitivement atteint par une cavité articulaire. Mais la vraie objection à faire, c'est que la lésion hépatique n'a jamais été constatée qu'une seule fois, dans le cas de Rendu (obs. XVIII); l'existence simultanée d'un kyste du poumon s'accordait bien mieux avec la théorie précédemment exposée. Nous savons bien qu'il existe des kystes du foie latents, mais une théorie, pour être admissible, doit s'appuyer sur des règles fixes et non sur des exceptions.

Voilà donc l'embryon fixé dans un os du bassin. *Comment va-t-il s'y comporter ?*

Il va perdre ses crochets. Au lieu de donner naissance, comme dans les autres tissus, à un kyste adventif, l'isolant des

tissus sains, il va se contenter de sécréter une cuticule transparente, dans laquelle apparaît au bout de huit semaines une substance granuleuse, refoulée peu à peu à la périphérie par le liquide provenant de sa dégénérescence, et s'organisant alors en plusieurs couches de cellules qui constituent par leur réunion la membrane fertile de Charles Robin. La vésicule hydatique ou hydatide est constituée. Elle se compose d'une membrane d'enveloppe constituée par plusieurs lamelles homogènes, élastiques et opalines, de consistance rappelant celle du blanc d'œuf légèrement durci, doublée à l'intérieur par la membrane fertile. La cavité est occupée par le liquide hydatique. Sans nous étendre sur sa constitution chimique, nous dirons qu'il est incolore, transparent, clair comme de l'eau de roche, à réaction neutre ou légèrement alcaline; on y trouve du chlorure de sodium, des traces d'albumine et le microscope permet d'y déceler la présence de crochets.

La membrane fertile donne naissance, par un processus que nous ne décrirons pas, à un nombre variable de vésicules proligères engendrant des *scolex* ou *echinocoques* qui, dans l'intestin du chien, redonneront des tænias. Elle n'en produit pas toujours, et l'on a alors affaire à un kyste *acéphalocyste* où l'on ne retrouve pas de scolex. Mais cette vésicule mère ne produit pas que des échinocoques, elle donne naissance à des vésicules filles et petites filles. Comme la plupart des kystes de cette nature se développant dans les os, les kystes hydatiques des os du bassin sont toujours multiloculaires. Dans la paroi externe de la vésicule mère apparaît, entre les lamelles, une substance granuleuse qui les écarte, fait saillie à l'extérieur et constitue une vésicule fille, se séparant de sa vésicule mère et pouvant se comporter comme elle, c'est-à-dire, ou bien rester *acéphalocyste*, ou bien engendrer elle aussi des scolex et produire des vésicules petites-filles. Toutes ces vésicules ont la même cons-

titution que la vésicule mère. Le mode de prolifération que nous venons de décrire sommairement est dite exogène; c'est le seul que l'on rencontre dans le kyste hydatique des os du bassin. Cette morphologie pathologique s'explique aisément, en dehors de l'existence d'un embryon spécial à évolution exogène que certains auteurs, trop tentés d'assimiler l'hydatide à un microbe, ont admise. La question de *milieu* nous paraît intervenir seule, pour régler ce mode de développement. Il nous suffit de rappeler que les vésicules se développent dans les aréoles osseuses. Prenons en une quelconque; elle va augmenter de volume jusqu'à occuper toute la cavité de l'alvéole où elle se trouve; le liquide qu'elle contient, bridé par la résistance de l'os, atteindra son maximum de tension. Dans sa paroi prend naissance une autre vésicule. Elle ne peut faire saillie à l'intérieur, le liquide de la cavité étant incompressible; elle va donc employer la force vive qu'elle possède, à se faire jour dans l'alvéole voisine, en détruisant la cloison qui l'en sépare. La prolifération sera donc nécessairement exogène. Ce qui nous confirme cette influence du milieu, c'est que nous verrons tout à l'heure le mode de développement changer quelquefois, lorsque le kyste aura détruit l'os et pourra se faire jour librement dans les parties molles.

Comment va se comporter l'hydatide à l'égard de l'os au milieu duquel se fait cette évolution ?

En se développant ainsi que nous venons de le démontrer, la vésicule hydatique comprime la moelle osseuse qui remplit l'alvéole. Une irritation légère amènerait une suractivité de cet élément et entraînerait la production d'un tissu nouveau; il se formerait un véritable kyste adventif osseux. Mais, il s'agit ici d'une irritation d'un ordre spécial; la cellule se paralyse, ses fonctions sont annihilées, et elle est détruite avant même d'avoir pu réagir.

Les vaisseaux sont comprimés et détruits. Quant à la substance osseuse elle-même, elle devient le siège d'une ostéite raréfiante, amenant de proche en proche la destruction des parois alvéolaires. En raison de la confluence des vésicules, la circulation est obstruée, la vitalité des tissus est compromise à tel point qu'il en résulte la fonte des parties les plus centrales. C'est ainsi que se forment des séquestres, de nombre et de volume variables. L'œuvre de destruction se poursuit, sans réaction aucune de la part du tissu osseux; à peine se produit-il par tassement une légère enveloppe, séparant mal le tissu sain du tissu malade. Le kyste hydatique, formé par la confluence des vésicules, est constitué et va poursuivre son expansion, que Cruveilher compare avec raison à celle de l'anévrysme. Rien ne l'arrêtera plus. Un moment bridé par les lames compactes, il les écartera violemment en les boursouflant; il se fera jour à l'extérieur en les usant dans leurs points les plus faibles. Le périoste subira le sort de la moelle osseuse; ses propriétés ostéogéniques seront paralysées. Tassé contre les tissus mous circonvoisins, il perdra son individualité anatomique et ne servira plus qu'à opposer une barrière bien faible à l'envahissement qui continue.

Arrivé dans les tissus mous, le kyste hydatique changera souvent son mode de développement. D'exogène, il pourra devenir endogène. Nous ne décrirons pas cette nouvelle variété d'évolution vésiculaire. Les phénomènes sont les mêmes, mais ils se passent dans l'intérieur de la vésicule mère qui se distend de plus en plus suivant les lésions. Ce que nous avons dit plus haut nous dispense d'entrer dans de plus longs détails.

De ce qui précède, il résulte que l'hydatide a sur l'os une action spécifique bien définie. Elle paraît agir d'après Gangolphe par *action expansive mécanique*, et par *action ischénique*. Par la première, elle détruit le tissu spongieux de proche en

proche, et finit par entamer la lame compacte. La seconde, qui n'est qu'une conséquence de la première, concourt à la destruction du tissu spongieux auquel elle enlève sa vitalité et qu'elle réduit à l'état de séquestres. Qu'il y ait expansion ou infiltration, l'os ne se défend pas et succombe infailliblement. Les conséquences en sont très importantes. La fracture spontanée de l'os coxal est presque la règle à une certaine période de l'évolution du kyste; en outre, le terrain est mal préparé pour une intervention chirurgicale. Nous reviendrons sur ce point en nous occupant du traitement. Une autre conséquence de cette destruction rapide des éléments de l'os est la dégénérescence du contenn du kyste qui survient si vite dans l'affection qui nous occupe. Les vésicules se développent en empruntant au sang leurs éléments de nutrition. Au début, lorsqu'elles opèrent dans une région saine, cette alimentation est facile; mais lorsqu'elles arrivent sur un terrain déjà altéré, elles meurent à leur tour et dégénèrent. Ce fait pourrait-il amener l'arrêt de la lésion? Nous ne croyons pas qu'on en ait signalé d'exemple. De plus, ces hydatides mal nourries ont toujours un petit volume. Au début, leur expansion est arrêtée par les aréoles osseuses; plus tard elles sont libres de se développer, mais on les voit rarement dépasser le volume d'un grain de raisin.

Quel est le résultat de cette action spécifique de l'hydatide sur les os du bassin?

Quels que soient le volume et le siège de la lésion, nous devons, au point de vue anatomo-pathologique, distinguer deux périodes étudiées à tort par Davaine comme deux modes d'évolution différents. La première peut s'appeler *période d'infiltration*. Elle est bien étudiée par Gangolphe à qui nous ferons de fréquents emprunts. Au début, il n'y a pas, à proprement parler, de kystes, mais une infiltration diffuse des

aréoles. Autour d'un foyer central, généralement arrondi, s'irradient en s'égrenant une quantité innombrable d'hydatides, de dimensions le plus souvent minimes, variant du volume d'une épingle à celui d'un pois ou d'une noisette, accolées en certains points les unes aux autres, séparées en d'autres par des travées complètes ou incomplètes. Leur confluence disparaît à mesure que l'on s'éloigne du centre, et on ne trouve plus à la périphérie que des vésicules disséminées çà et là formant la zone d'envahissement de la lésion. Quelques-unes adhèrent fortement aux parois des aréoles; d'autres s'en séparent facilement. On a affaire, en somme, à une véritable tumeur aréolaire. Cette infiltration ne se produit pas sans réagir sur l'aspect extérieur de l'os. Celui-ci augmente de volume au niveau du point lésé. Il se boursoufle, et lorsqu'on arrive à la seconde période, la région malade semble pour ainsi dire insufflée.

Cette seconde période, que Gangolphe appelle *période d'état* ou de *nécrobiose centrale*, sera dénommée par nous *période caverneuse*. Elle est caractérisée par la production, dans l'intérieur de l'os, d'une véritable caverne, de volume très variable. Nous allons étudier successivement les parois et le contenu.

La structure de ces *parois* varie suivant le degré d'évolution de la lésion. Au début, elles sont formées par les deux lames compactes de l'os doublées d'une couche variable de tissu spongieux. Si l'on vient alors à pratiquer une coupe de la caverne, on est frappé de l'irrégularité de la surface interne. L'os semble pour ainsi dire vermoulu. A une période plus avancée, il ne reste plus que les lames compactes; elles disparaissent en certains points, sont remplacées par les tissus mous avoisinants; à un moment donné la paroi n'est plus formée que par des lamelles osseuses perdues dans le tissu fibreux et formant, d'après Gangolphe, une sorte de charpente, de cane-

vas grossiers soutenant les parois kystiques (observ. IX, X, XII). A ce moment la surface interne ne présente pas partout le même aspect rugueux et infractueux ; dans certains points, elle est lisse, compacte dans les endroits où elle est purement fibreuse et semble avoir été polie par le frottement des vésicules.

Le *contenu* varie, lui aussi, suivant les périodes auxquelles nous l'examinons. Au début, nous y trouvons des vésicules hydatiques vivantes, ne différant en rien de celles que nous avons décrites plus haut. Nous voyons ensuite apparaître des vésicules dégénérées, de plus en plus nombreuses et finissant même par se substituer presque complètement aux premières. A côté d'elles, on rencontre de nombreux séquestres non éburnés, mais poreux et vermoulus, farcis d'hydatides. Leur volume varie depuis la poussière osseuse jusqu'à celui du pouce. Tous ces éléments réunis donnent naissance à un liquide puriforme, d'aspect blanchâtre ou blanc jaunâtre, le plus souvent inodore, parfois fétide (observ. 16), mélangé ou non de débris membraneux quelque peu analogues à la membrane des échinocoques et dont quelques-uns présentent l'aspect de grains de raisin desséchés. Ce liquide contient de nombreux éléments cellulaires en voie de désintrégation granulo-graisseuse, des corpuscules gras, des cristaux de cholestérine ; c'est à la présence de ces éléments que paraît due sa coloration qui l'a fait souvent comparer à de la soupe aux pois. Il peut arriver qu'au lieu de ce liquide dégénéré, nous trouvions dans la caverne du *pus* véritable (observ. III, VI, VII, XVI). Cette transformation survient, presque toujours, après une intervention active, surtout après ponction, comme nous le montrent plusieurs de nos documents cliniques ; mais elle peut se produire spontanément. Nous ne devons pas oublier en effet que ce clapier rempli d'éléments altérés est un foyer

d'appel toujours ouvert à l'infection, sous quelque forme qu'elle se présente.

L'étude que nous venons de faire des produits contenus dans la caverne hydatique, nous a déjà fait pressentir leur *toxicité* pour l'organisme. Nous y avons trouvé du liquide hydatique, des produits de dégénérescence et du pus. Le liquide hydatique, même celui que renferment les vésicules vivantes, est toxique. Les faits d'intoxication aiguë et même de mort, observés à la suite d'une ponction ou de la rupture dans le péritoine ne laissaient aucun doute à ce sujet. L'expérimentation est venue confirmer les données de la clinique. Elle a permis à Mourson et Schlagdenhauffen d'isoler une leucomaïne spéciale ; à Viron, de retirer du liquide une substance albuminoïde, douée de propriétés toxiques. Ces faits suffiraient à eux seuls pour expliquer les troubles de la santé générale que l'on peut observer dans le cours de l'évolution du kyste hydatique des os du bassin ; mais, à côté de la toxicité du liquide hydatique, nous en trouvons une bien plus grande dans les produits de dégénérescence. Indépendamment de la première, ils en possèdent une autre plus active, due aux ptomaïnes dont Armand Gauthier a démontré l'existence dans tous les produits cadavériques. Quant au pus, lorsqu'il existe, sa toxicité ne saurait être mise en doute. Ses propriétés infectieuses seules sont controversées. Il semblerait résulter en effet des expériences de Chauffart et Widal que le pus hydatique est un pus stérile. Nous croyons, pour notre part, que cette constatation ne suffit pas pour éloigner complètement l'idée d'infection. L'action microbienne semble démontrée par la fièvre et les symptômes généraux qui accompagnent cette transformation purulente. Nous croyons qu'à ce moment la présence de microbes serait facilement constatée.

Plus tard il doit arriver ici, comme dans bien d'autres cas,

que ces microbes se détruisent eux-mêmes par leurs produits d'excrétion. L'absence de bactéries pathogènes n'est donc nullement concluante. Quoi qu'il en soit, nous nous trouvons en présence d'un véritable foyer d'intoxication, d'autant plus dangereux que la résorption des produits septiques est des plus faciles, dans cette poche anfractueuse où les vaisseaux béants constituent autant de bouches ouvertes pour les recevoir et les déverser ensuite dans tout l'organisme.

Nous nous expliquons alors comment l'état général des malades peut ressembler à celui que créent les suppurations abondantes et longtemps prolongées (Obs. XV), comment même, à une période plus avancée, nous puissions observer tous les signes d'une véritable cachexie (Observ. I). Ces faits cliniques appelaient une explication, et nous avons cru nécessaire de nous étendre un peu sur ce sujet pour aider à leur interprétation.

Les lésions s'accentuent encore. L'os disparaît de plus en plus et le kyste va continuer dans les *tissus environnants* l'œuvre d'envahissement si bien accomplie jusqu'ici. Mais il se comportera différemment suivant la nature de ces tissus. S'il rencontre un os, il agira comme précédemment en le désagrégeant. S'il a affaire à des tissus mous, il les envahira, les écartera et les refoulera, sans les détruire. Ne trouvant pas de résistance sérieuse, à peine les altèrera-t-il par sa compression et toute sa force sera alors consacrée à son accroissement. Les prolongements ainsi fournis sont parfois considérables, et, si l'on ne tenait compte, dans certains cas, des dimensions respectives des parties intra et extra-osseuses des lésions, on serait parfois tenté, dit Gangolphe, d'admettre que le tissu osseux a été envahi secondairement. Les tissus environnants réagissent contre l'envahissement. Il se forme des barrières fibreuses séparant le tissu sain du tissu malade. Ainsi prennent naissance de véritables tumeurs aréolaires, mais dont les aréoles sont formées par

du tissu néoformé, et non, comme dans l'os, par un tassement simple des cloisons du tissu atteint. Nous trouvons alors, autour de la tumeur principale, un certain nombre de tumeurs secondaires, occupant tantôt la région fessière, tantôt le pourtour des organes pelviens, tantôt le triangle de Scarpa, et qui parfois peuvent siéger simultanément dans ces différentes régions (Obs. V et XV). Ces tumeurs constituent de véritables kystes secondaires, dont les parois sont formées par les tissus envahis doublés d'une épaisse couche conjonctive, et dont le contenu varie suivant leur position. Dans la tumeur du petit bassin et du triangle de Scarpa, nous retrouvons celui de la caverne, avec un plus grand nombre de vésicules saines, la tumeur fessière, au contraire, est constituée par des loges fibreuses dans lesquelles on rencontre des vésicules vivantes de petit volume; les séquestres et les produits de dégénérescence y font presque constamment défaut.

Connaissant le développement général extra-osseux du kyste, passons en revue chacun des éléments anatomiques susceptibles d'être envahis secondairement par lui.

L'envahissement du *sacrum* est presque toujours noté dans les cas de kyste de l'os coxal, et réciproquement l'*os coxal* est presque toujours atteint dans les cas de kyste du sacrum.

La dernière vertèbre lombaire était farcie d'hydatides dans le cas cité par Rendu (Obs. XVIII).

Les cartilages diarthrodiaux ne sont pas envahis par les hydatides dans les *lésions articulaires.* Ils sont soulevés par elles et finissent par disparaître plus ou moins complètement.

Les hydatides pénètrent alors dans la cavité articulaire et y déterminent des désordres généralement considérables (Gangolphe).

Les lésions de l'articulation sacro-iliaque ont été signalées six fois.

Celles de l'articulation coxo-fémorale, sept fois. Le contenu de la cavité est alors le même que celui de la poche principale.

L'invasion de la hanche peut être suivie de la luxation de l'extrémité supérieure du fémur dans le bassin à travers la cavité cotyloïde défoncée (Obs. V, VIII).

Il peut arriver que les deux extrémités articulaires en contact soient simultanément atteintes, comme dans le cas de Trendelenburg (Obs. VII). Il est probable, contrairement à l'opinion de Gandolphe, qu'il s'agit là de lésions de contiguité, plutôt que d'un envahissement simultané par voie sanguine des deux surfaces articulaires.

Dans le cas de Fricke (Obs. I) « il existait, à la face interne du muscle iliaque interne et du grand psoas, une caverne remplie d'hydatides et d'un liquide jaune; cette caverne communiquait avec la *bourse synoviale du muscle iliaque* et celle-ci avec l'articulation ».

Les *altérations musculaires* sont variables. Parfois les vésicules sont simplement infiltrées dans les interstices du fessier (Obs. XV), du muscle psoas-iliaque (Obs. VIII), des muscles sacro-lombaires (Obs. II et XVIII). D'autres fois, on observe de l'atrophie, comme dans le cas de Fricke (Obs. I), dans lequel le « psoas-iliaque était transformé en un tissu épais comme du cuir et n'était plus représenté que par quelques fibres difficilement reconnaissables ».

L'altération des *vaisseaux* d'un certain calibre n'a jamais été signalée.

Dans le cas de Rendu (Obs. XVIII), « tous les filets de la queue de cheval étaient détruits et réduits à l'état de filaments grisâtres, ramollis, s'en allant en lambeaux quand on essayait de les disséquer ». C'est le seul exemple de lésions nerveuses dans une affection du sacrum.

Le *canal vertébral* est souvent envahi par les vésicules

hydatiques (Obs. II, X, XVIII). Une seule fois, nous trouvons signalées des *lésions médullaires* (Obs. XVIII). Le renflement lombaire était transformé en une bouillie purulente et complètement détruit.

Nous ne citerons que pour mémoire les lésions de la *vessie* et *des reins* (Obs. XVIII). Elles n'ont rien de spécial et sont complètement indépendantes de l'affection hydatique elle-même.

Nous nous attarderons davantage à l'étude des *kystes hydatiques que l'on peut observer simultanément dans des organes plus ou moins éloignés* des os du bassin. Les faits sont trop peu nombreux pour qu'on puisse établir une statistique ou une loi quelconque. Néanmoins, le foie était atteint dans le cas de Rendu (Obs. XVIII). L'ovaire a présenté deux fois des lésions de cette nature (Obs. II et XVIII). Le poumon, dans le cas de Reczey (Obs. VI), présentait un kyste de la grosseur d'une pomme. L'observation de Rendu nous offre un cas remarquable d'invasion de cet organe : nous pouvons y lire que le lobe droit présentait à sa surface cinq noyaux, dont les dimensions variaient du volume d'une noisette à celui d'une noix; le poumon gauche présentait huit kystes de même apparence : 4 au sommet, 3 à la partie moyenne et 1 à la face inférieure diaphragmatique.

La malade de l'observation XV présentait un kyste du grand épiploon.

Les kystes osseux étaient multiloculaires, les kystes viscéraux, en général, uniloculaires.

Ces exemples de *généralisation* sont très importants. L'existence de ces kystes viscéraux multiples est-elle due à un ensemencement simultané des organes, ou bien les deux affections ont-elles entre elles quelque rapport pathogénique? La première opinion nous paraît la plus probable. Il nous suffit

de relire l'observation de Rendu, pour bien voir que les embryons avaient été éparpillés en même temps dans tout l'organisme. La généralisation était donc primitive, et nous pouvons l'expliquer par le nombre relativement considérable des parasites introduits dans l'organisme. La seconde opinion est plus séduisante, parce qu'elle semble établir un rapprochement entre ces faits et ceux qui se passent dans certaines tumeurs, comme les sarcomes, où nous voyons la tumeur principale donner naissance à des bourgeons qui pénètrent dans les systèmes veineux ou lymphatique et vont se greffer au loin dans un organe viscéral, en engendrant ainsi un néoplasme secondaire. Elle s'appuie sur les expériences de Klencke où, après injection intra-veineuse de parasites, on put obtenir le développement de tumeurs hydatiques dans le cervelet, le bulbe et le poumon, et sur l'observation de Carrière qui crut reconnaître dans le poumon la présence de ces embolies. Cette opinion ne répugne nullement au raisonnement, mais nous croyons que la première est la plus plausible. D'ailleurs, nous ne voyons pas pourquoi les deux modes de faits ne pourraient pas se rencontrer, et pourquoi les tumeurs secondaires, ne seraient pas dues tantôt à un envahissement simultané, et tantôt à un envahissement secondaire.

Dans ce dernier cas, il importerait de savoir quelle est la tumeur initiale, ce que la marche clinique montrerait facilement.

Il nous reste, pour être complet, à étudier quelques particularités relatives à la *fréquence*, au *siège*, au *volume* et à la *forme* des tumeurs hydatiques des os du bassin.

Considérées relativement aux lésions de même nature des tissus mous, elles sont peu fréquentes. Il nous suffit, pour nous en rendre compte, de jeter un coup d'œil sur le tableau suivant dans lequel nous reproduisons les statistiques de Davaine, Neisser, Finsen et Madelung.

	Davaine.	Neisser.	Finsen.	Madelung.
Foie	166	451	176	132
Poumon	40	17	7	21
Rate	»	28	2	3
Plèvre	»	17	»	2
Appareil circulatoire.	12	29	»	1
Cavité crânienne.	22	68	»	1
Canal rachidien	3	13	»	»
Rein	31	80	3	7
Petit bassin.	26	36	»	7
Organes génitaux.	13	44	»	3
Face, orbite, joue	16	21	4	»
Cou.	7	10	1	»
Tronc et membres	20	»	8	13
Péritoine.	»	2	54	3
Totaux.	359	872	255	193

Ce qui nous donne, d'après ces statistiques déjà anciennes, un total de 1679 cas de kystes hydatiques des tissus mous, alors que, en réunissant toutes nos observations de kystes des os du bassin, nous ne dépassons pas le nombre de 18.

Relativement aux autres os, la statistique nous donne les résultats suivants :

Os longs	Fémur	6
	Tibia	8
	Humérus	11
	Phalanges	1
Os plats	Crâne	4
	Omoplate	1
	Sternum	1
	Côtes	1
	Colonne vertébrale	8
	Bassin osseux	18

Les os du bassin sont donc de beaucoup ceux qui sont le plus souvent envahis par le parasite. Nous avons expliqué plus haut la raison de cette prédilection.

Sur ces 18 cas, 15 représentent des lésions de l'os coxal ou avec prédominance du côté de cet os; 3 seulement des lésions du sacrum ou avec prédominance du côté de cet os. Nous avons déjà donné les motifs de cette énorme différence. Ce que nous avons dit plus haut nous dispense aussi d'insister sur la prédominance des lésions de l'os coxal droit (12 cas sur 15).

Le *siège* initial des lésions est, lui aussi, très variable. Gangolphe croit pouvoir conclure des faits observés que le grand bassin est presque toujours le premier atteint. Il nous semble, pour notre part, qu'en l'état actuel de la question, on ne peut rien encore affirmer de certain. Il nous suffit de relire nos documents cliniques, pour voir qu'il s'agit, dans presque tous les cas, de lésions déjà avancées, dans lesquelles il est parfois même difficile de savoir si l'infection hydatique a débuté par l'os. Si nous voyons la maladie débuter par la fosse iliaque interne dans le cas de Bardleben (Obs. IV), nous la voyons prendre naissance dans le pubis chez le malade de Denonvillers (Obs. III). Quoi qu'il en soit, à un moment donné, l'ilion est toujours pris, l'ischion plus rarement et la cavité cotyloïde presque toujours atteinte. L'envahissement du sacrum paraît se faire indifféremment en un point quelconque de cet os. Le petit nombre d'observations le concernant nous permet d'être bref à ce sujet.

Ce qui caractérise le *volume* des tumeurs, c'est son extrême variabilité. Au début, le kyste hydatique est constitué par la seule vésicule mère; il grossit à mesure que celle-ci donne naissance à des rejetons de plus en plus nombreux, et peut, comme dans le cas de Fricke (Obs. I) constituer une tumeur contenant deux litres de liquide. Le volume varie donc de

celui d'une tête d'épingle à celui d'une tête de fœtus et plus, en passant par tous les intermédiaires.

Même variabilité dans *la forme* et même rapport avec le développement de la tumeur. Au début, rien ne pourra être changé. Plus tard, nous assisterons à un boursouflement de l'os lui donnant un aspect caractéristique. A une période plus avancée, la coque étant détruite en certains points, nous aurons affaire à une tumeur irrégulière, bosselée, dont la forme pourra varier à l'infini, lorsque les tissus d'alentour seront envahis et que la tumeur initiale aura engendré des tumeurs circonvoisines.

SYMPTOMES ET MARCHE

Nous avons dit, en traçant l'historique de la question, qu'il n'existait pas de travail d'ensemble traitant des kystes hydatiques du bassin. Ce défaut de synthèse nous explique que l'analyse des faits soit partout incomplète. A peine trouvons-nous une esquisse légère de symptomatologie dans les ouvrages où il en est fait mention. Nous cherchons vainement une page où les syndromes morbides soient sérieusement étudiés, marqués au sceau ineffaçable de l'observation clinique. Il nous a paru nécessaire de donner à ce chapitre un peu de l'ampleur qu'il mérite et qui lui manque partout. On ne peut fixer d'une façon précise les symptômes d'une maladie, qu'en analysant consciencieusement les faits cliniques, peu nombreux malheureusement en l'espèce, que nous offre la littérature médicale. C'est ce travail que nous allons entreprendre ici, en lui ajoutant un cachet tout spécial, sans lequel toute description de ce genre serait forcément incomplète, l'observation personnelle. Ainsi armé, nous essayerons de reconstituer de notre mieux l'histoire clinique de la maladie.

Ce que nous savons sur l'évolution de l'hydatide, sur les désordres qu'elle produit dans les os, nous indique déjà deux phases distinctes de la maladie : Une période pendant laquelle l'hydatide s'enkyste et détruit silencieusement l'os, et que nous appellerons *période latente*, une seconde où l'œuvre de destruction déjà presque accomplie se parachève, devient apparente et que nous dénommerons *période d'état*. Nous en ajoute-

rons une troisième où la tumeur, n'étant plus bridée par la coque osseuse, tend à envahir les tissus voisins en donnant naissance à des prolongements secondaires masquant dans bien des cas la lésion primitive. Nous la dénommerons par analogie avec une période semblable de la coxalgie, période des tumeurs *circonvoisines*.

Cette division, fondée sur la superposition des tableaux anatomo-pathologique et clinique, n'a donc rien d'arbitraire. Elle n'a pas la prétention de s'adapter à tous les cas mais de nous donner une description moyenne répondant au plus grand nombre. Elle nous permettra de compléter notre exposé, en joignant à la description du symptôme son explication, lorsque celle-ci nous paraîtra facile. Il ne suffit plus aujourd'hui, en clinique, de décrire; il faut raisonner ses symptômes. Nous en agirons ainsi dans notre étude. Elle y gagnera en précision, sans nuire pour cela à l'exposition des faits; mais nous ne perdrons jamais de vue que l'étude des symptômes n'est qu'une introduction au diagnostic. Aussi, chercherons-nous à les grouper après les avoir décrits, pour faire mieux saisir dans certains cas l'analogie plus frappante que crée ce rapprochement entre l'affection hydatique et certaines lésions avec lesquelles elle pourrait être facilement confondue.

Période latente. — Cette période est surtout caractérisée par sa longueur et par l'absence fréquente de réaction de la part de l'organisme. Si nous consultons nos documents cliniques, nous y voyons que toujours il s'est écoulé plusieurs années entre le début probable de la lésion et l'époque où elle s'est manifestée par des signes physiques apparents. A côté de l'observation de Reczey (Obs. VI), où la maladie paraît évoluer d'une façon aiguë et où cette phase fut forcément écourtée, nous en trouvons d'autres comme, par exemple, celle de Denonvilliers (Obs. III) où, 12 ans seulement après une chute

sur la cuisse, apparut la tuméfaction révélatrice de la lésion osseuse. Encore, devons-nous ajouter que cette période est sûrement plus longue que ne semblent l'indiquer les faits cliniques. Les seuls indices d'une infection probable nous sont fournis par l'action, à une certaine époque, d'un agent physique et en particulier du traumatisme. Mais nous avons dit, en étudiant ces causes secondaires, qu'elles agissaient plutôt en développant un foyer préexistant qu'en créant une localisation en ce point. Il existe donc une période antérieure qui nous échappe forcément et qui doit s'ajouter encore à celle déjà si longue que nous connaissons. Dans certains cas, cette période de latence est tellement peu apparente que, si nous ignorions la lenteur d'évolution de l'hydatide, les obstacles qu'elle doit vaincre pour envahir l'os, nous serions presque tenté de croire à son absence. La lutte cachée qui se passe dans l'organisme ne se manifeste en effet souvent par aucun signe révélateur et peut ne devenir apparente qu'au début de la deuxième période. Mais, dans d'autres cas l'évolution ne se fait pas aussi à la sourdine, et c'est par des *manifestations douloureuses* que l'hydatide affirme sa prise de possession de l'os atteint.

Cette douleur est très variable. Tantôt c'est une sorte de sensation de pesanteur dans la région de la hanche et du sacrum, tantôt c'est une douleur sourde, s'exaspérant à l'occasion des mouvements articulaires et rappelant les douleurs du rhumatisme; mais, contrairement à ces dernières et à celles que provoque l'ostéosarcome de la même région, elle diminue ou cesse même complètement pendant la nuit sous l'influence du repos.

Tantôt au contraire la douleur est plus violente, plus aiguë ; mais, dans ces cas, il est rare qu'elle conserve un caractère aussi vague, et elle affecte en général une forme bien définie qui porte encore plus à la confusion. Elle peut simuler un

simple lumbago (Obs. XXII); elle peut rappeler la sciatique avec ses points douloureux. En général, elle siège alors du côté de la lésion, mais elle peut occuper le côté opposé comme dans l'observation de Rendu (Obs. XVIII).

La malade de Fontorbe éprouvait une douleur ressemblant à celle de la crise hémorrhoïdale et qui, plus tard, affecta la forme de la coccydodynie. Cette douleur sacro-coccygienne nous la retrouvons chez le malade de Fricke et chez la nôtre. Elle est de toutes la plus difficilement supportée et rend le décubitus dorsal presque impossible.

Enfin, dans d'autres cas, nous pouvons observer, comme chez le malade de Pihan (Obs. VIII), une douleur de la hanche associée à la douleur dans le genou, et rappelant à s'y méprendre la douleur typique de la coxalgie. La compression nerveuse joue évidemment un grand rôle dans la pathogénie de cette douleur, lorsqu'il s'agit d'une lésion sacrée; mais bien souvent nous ne pouvons l'expliquer que par une névralgie dont la cause intime nous échappe. Ce qui caractérise en un mot la *douleur spontanée*, c'est son infinie variabilité. Notons cependant, que jamais on n'a observé comme dans l'ostéosarcome, ces douleurs soudaines, survenant brusquement, en pleine santé, alors que rien ne faisait prévoir leur apparition prochaine.

Quant à la *douleur provoquée* par la pression ou par les mouvements articulaires, elle manque dans presque toutes les observations. Les tumeurs hydatiques paraissent être indolores; cependant chez le malade de Pihan (Obs. VIII), la pression sur le genou déterminait une douleur violente dans l'articulation coxo-fémorale, et les mouvements de cette articulation étaient très douloureux.

Dans presque tous les cas où nous retrouvons cette douleur provoquée, elle s'explique par la compression d'un nerf sous-jacent à la tumeur. A une période plus avancée de la maladie,

nous la retrouvons presque constamment; mais, en approfondissant notre étude, nous voyons que la transformation purulente est alors toujours manifeste. Nous avons affaire à de véritables abcès, et nous savons que la douleur fait partie des quatre grands symptômes de toute phlegmasie.

Ce syndrome de douleur qui constitue, lorsqu'il existe, le seul signe de la première période, sert en quelque sorte de passage vers *la seconde;* nous l'y retrouvons avec ces mêmes caractères, parfois plus accentués, et ce que nous avons dit précédemment s'applique à la douleur actuelle. A ce moment, l'infiltration a fait place à la nécrose ; l'os est gonflé; une tumeur s'est produite et il nous est possible de mettre en œuvre tous nos moyens d'investigation clinique.

L'inspection, au début, ne nous fournira que des indications insuffisantes. A mesure que la tuméfaction augmentera, elles se compléteront, surtout lorsque la lésion porte sur des régions peu masquées par les parties charnues, comme le sacrum et la crête iliaque. Nous percevrons alors des déformations variables suivant le volume et le siège de la tumeur.

La *palpation* nous renseignera beaucoup mieux. Elle nous permettra d'apprécier le boursouflement de l'os, peu manifeste dans la fosse iliaque externe recouverte d'un feutrage épais de tissus; impossible à percevoir au début, sur la face antérieure du sacrum; très nettement sensible sur la face postérieure du même os et dans la fosse iliaque interne. L'os est bosselé et la tuméfaction ainsi produite est dure, irréductible, de volume et de situation variables.

Mais l'hydatide continue à accomplir son œuvre de destruction; les tables de l'os s'usent et, à un moment donné, on peut percevoir dans le point le plus lésé ce qu'on a appelé la *crépitation parcheminée*, qui n'est nettement appréciable que dans la fosse iliaque interne et sur la face postérieure du

sacrum, masquée partout ailleurs par l'épaisseur des parties molles.

Il est probable qu'à une période plus avancée, on pourrait retrouver, surtout lorsque le kyste vient faire saillie au niveau de la crête iliaque en séparant les deux tables de l'os, comme dans le cas de Bardleben, une sorte d'effrondement de la lame externe. Nous l'avons perçu très nettement dans un cas d'ostéosarcome où les lésions de l'os coxal ressemblaient, à s'y méprendre, à celles produites par le kyste hydatique. Il nous semble donc qu'il faudra rechercher avec soin ce symptôme, qui est plus qu'une conception théorique. Il sera plus facile à apprécier que la crépitation parcheminée, souvent masquée par les muscles avoisinants.

La maladie continue à progresser. A ce moment la coque osseuse est en partie détruite, et nous pouvons sentir le bord tranchant de l'ulcération osseuse ainsi produite. Lorsque la partie qui avoisine la crête iliaque est envahie, nous pouvons très nettement percevoir le bord supérieur tranchant de la table externe déjetée en dehors. L'épine iliaque antérieure et supérieure est comme dédoublée; la crête iliaque est remplacée par le rebord des deux tables osseuses séparées par un espace vide. La tumeur a perdu la coque qui nous masquait sa véritable nature; elle est pour ainsi dire débridée et bien accessible à nos moyens d'instigation clinique.

Le *palper* nous permettra d'y déceler tous les caractères des tumeurs hydatiques ordinaires; nous y retrouverons leur indolence, leur fluctuation plus ou moins manifeste, suivant le nombre des vésicules qu'elle renferme. Ces caractères s'appliquent à la tumeur saine, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Nous savons qu'elle dégénère; les vésicules se rompent, le liquide change de consistance. Tantôt la fluctuation devient plus manifeste, tantôt au contraire elle est remplacée par une sorte d'empâtement lorsque la poche est trop distendue.

Un signe, sur lequel nous croyons devoir attirer l'attention et insister un peu, nous est fourni par le palper ou par la percussion méthodique telle qu'on la pratique pour rechercher le frémissement hydatique. Nous ne l'avons trouvé décrit nulle part, et cependant, lorsqu'il existe, il est d'une grande netteté. Nous le dénommerons *fluctuation crépitante,* parce que la sensation qu'il nous fournit paraît procéder à la fois de la sensation de flot et de la crépitation; mais, il n'a ni la douceur de la fluctuation, ni la rudesse de la crépitation que nous percevons dans les fractures. C'est une sensation râpeuse, douce, qu'il faut avoir sentie pour en bien comprendre le caractère.

Chez la malade qui fait l'objet de l'observation XV, nous avoins éprouvé par le palper au niveau du triangle de Scarpa, une sorte de froissement, que l'on aurait presque pu prendre pour du frémissement et dont nous ne nous expliquions pas bien l'origine.

L'opération nous permit de nous rendre un compte exact de de sa cause, en nous décelant à ce niveau une poche remplie d'une multitude de séquestres de volume variable, plongés dans une substance stéatomateuse remplie de débris d'hydatides dégénérées, au milieu desquelles s'en trouvaient quelques-unes en parfait état de conservation. Ce frémissement anormal était donc dû manifestement à la collision des séquestres les uns contre les autres; la rudesse du choc était bien adoucie par la présence de ces produits étrangers, et en particulier de ces éléments onctueux de dégénérescence. Il suffit de relire le reste de notre observation, pour comprendre pourquoi nous n'avions perçu cette sensation au niveau d'aucune autre poche. Pour qu'elle soit apparente, il faut que la poche soit très superficielle, modérément distendue, qu'il s'y trouve de très nombreux séquestres et que la plus grande partie des hydatides renfermées dans la tumeur soient dégénérées. Ces conditions sont

loin de coexister souvent ensemble, et l'on ne peut rencontrer la fluctuation crépitante qu'à une période avancée de la maladie. Nous croyons néanmoins que ce signe est moins rare que ne semblent l'indiquer les documents cliniques, puisque nous sommes le seul à le signaler. Nous ferons remarquer d'abord que la plupart des observations sont incomplètes; un grand nombre ne sont que de simples relations d'autopsies, et si nous les lisons attentivement, nous nous rendons compte que ce sont celles où les conditions plus haut énumérées se trouvaient le mieux remplies. La fluctuation crépitante, d'autre part, peut être confondue facilement, lorsqu'on ignore son essence, avec le frémissement hydatique. Celui-ci, nous le verrons plus loin, est une sensation variable; loin d'être toujours identique à elle-même, elle est de celles qui peuvent être facilement simulées. Si nous ajoutons que tout chirurgien, soupçonnant la nature hydatique de la tumeur, ne croira son diagnostic étayé qu'après l'avoir découverte, ne serons-nous pas tenté de supposer que souvent on a pris pour du frémissement ce qui n'était que de la fluctuation crépitante? Et nous nous expliquons alors le mutisme de nos documents à son sujet. Nous ne croyons pas avoir découvert ce syndrome, il a sûrement été observé avant nous, mais nous croyons être le premier à l'avoir complètement dégagé des sensations similaires, en lui donnant le caractère d'immuabilité des démonstrations anatomiques. Nous concluons donc en disant que l'existence de la fluctuation crépitante est indiscutable; qu'elle est rare, mais que, lorsqu'elle existe, elle est d'une grande importance au point de vue du diagnostic. Nous ne connaisons pas d'autre affection donnant lieu à des séquestres assez ténus et assez nombreux pour la reproduire. D'autre part, elle peut nous renseigner avantageusement sur l'état de l'os malade, sa production étant subordonnée à un délabrement prononcé de la ceinture pelvienne.

Le *frémissement hydatique* a été constaté par Viertel. Nous ne le retrouvons dans aucune autre observation; il manquait également chez la malade que nous avons pu examiner. La statistique semble donc nous démontrer la rareté de ce signe. Mais elle porte sur des faits si peu nombreux qu'elle manque un peu d'autorité. Il nous sera facile cependant de démontrer que ces conclusions sont conformes à celles que nous dicte le raisonnement, en étudiant de près ce syndrome, en analysant sa cause et les conditions qui peuvent influer sur son apparition.

Découvert en 1801 par *Blatin*, il a été bien étudié par *Briançon* dans sa thèse inaugurale. D'après lui : « Lorsqu'on » place la main sur un kyste contenant des acéphalocystes, de » manière à l'embrasser le plus exactement possible, en exer- » çant une pression légère, et qu'avec la main opposée on » donne un coup sec et rapide sur cette tumeur, on sent un » frémissement analogue à celui que ferait éprouver un corps » en vibration. C'est le frémissement hydatique. Si l'on réunit » l'auscultation à la percussion, on entend des vibrations plus » ou moins graves, semblables à celles que produit une corde » de basse. C'est au nombre des acéphalocystes et à la quantité » de liquide contenu dans le kyste que l'on doit attribuer la » variabilité d'intensité de ce signe. Ce sont les parois des vési- » cules membraneuses qui sont le siège du frémissement. Il ne » peut se produire que lorsque la poche hydatique renferme un » grand nombre de vésicules dans un liquide peu abondant ».

Davaine conseille, pour l'observer, « d'appliquer sur la par- » tie la plus saillante de la tumeur trois doigts écartés et de » donner sur celui du milieu un coup sec et rapide; les deux » autres doigts perçoivent le frémissement d'une manière » très nette. Ce frémissement a beaucoup de rapports avec » celui que donne un siège élastique que l'on frappe avec les » mains ».

Pour ces deux auteurs, le frémissement est dû à la *collision des vésicules*, et Luton, qui se range à leur avis, déclare que pour le produire « il faut que les poches contiennent beaucoup » d'hydatides et peu de liquide, mais qu'il n'y ait aucune » dégénérescence, car des hydatides flasques et flétries restent » agglutinées entre elles ».

Une autre opinion attribue le frémissement *à la vésicule elle-même*, et compare la sensation éprouvée au tremblotement d'une masse gélatineuse. Elle se base sur ce fait, que le frémissement a pu être retrouvé, comme dans le cas de Jobert, dans des kystes ne contenant qu'une seule vésicule. Acceptée par Segond et Clado, elle est compendieusement exposée dans la thèse de Marguet, que nous ne suivrons pas dans ses trop longs développements, mais dont nous retiendrons les conclusions qui nous paraissent résumer tous les écrits de ses partisans sur la question.

« 1° Pour une poche pleine d'hydatides sans interposition de » liquide, il faut une tension relativement peu élevée de la » poche, pour que le frémissement se produise.

» 2° L'intensité du frémissement augmente avec la tension » jusqu'à une certaine limite, au-delà de laquelle il s'amoindrit si la tension continue à s'accroître.

» 3° Lorsqu'un liquide d'interposition existe, il faut, pour » que le phénomène se produise, que la tension de la poche » soit d'autant plus considérable que le liquide est proportionnellement plus abondant par rapport à la masse des hydatides. Ainsi, le degré de tension de la poche kystique sur son » contenu, est un facteur de production du frémissement hydatique; il va sans dire que nous supposons par ailleurs remplies les autres conditions indispensables à la production du » phénomène, c'est-à-dire que la poche est suffisamment élastique, qu'elle se trouve entourée de tissus n'amortissant pas

» les vibrations, et qu'elle contient un nombre suffisant d'hy-
» datides vivantes ».

Ainsi donc, dans les deux théories, nous retiendrons une conclusion commune : l'*incompatibilité du frémissement avec l'existence d'une trop grande quantité d'hydatides degénérées.* Les uns l'attribuent à ce que les hydatides flasques et flétries restent agglutinées, sans donner lieu, par leur collision, au phénomène; les autres, à ce que le choc se transmet d'une façon défectueuse aux hydatides, et que la vibration ainsi produite est renvoyée de même à la paroi kystique, et, par son intermédiaire, à la main qui palpe.

Que ressort-il de l'étude à laquelle nous venons de nous livrer ?

Disons d'abord que les méthodes pour produire le frémissement peuvent varier à l'infini; la palpation ordinaire est la plus simple, et la percussion méthodique n'est qu'une variété de palper, destinée à le faire mieux sentir. Nous croyons que le frémissement hydatique procède de plusieurs causes; l'éclectisme seul peut nous rendre compte et des diversités d'opinion et des confusions auxquelles ce syndrome a donné lieu. La sensation qu'il fournit se décompose en réalité, d'après nous, en deux : la sensation produite par le frottement des vésicules, qui rappelle de loin le frottement péritonéal; la vibration vésiculaire qui ressemble à l'impression fournie par le contact d'une masse gélatineuse tremblotante. Toutes deux dépendent évidemment du nombre des vésicules, de la nature et de la quantité du liquide qui les sépare. La première sera particulièrement soumise à l'état de la paroi vésiculaire, et à la qualité du contenu de la poche; la seconde sera plus directement influencée par l'élasticité des parois de la vésicule et de la poche, ainsi que par la tension du liquide qu'elle contient.

Supposons maintenant que l'un de ces deux éléments varie,

que l'un des deux vienne même à faire défaut : Nous nous expliquerons facilement combien variable pourra être la sensation unique qui résulte de cette fusion. Nous excuserons des erreurs semblables à celles de Gosselin confondant le frémissement hydatique avec la crépitation amidonnée. Nous nous rendrons compte de la difficulté éprouvée par certains chirurgiens à classer dans ce groupe certaines sensations de froissement, ne ressemblant qu'imparfaitement à la sensation de tremblotement que le palper leur avait permis de percevoir autrefois dans des kystes où la collision vésiculaire était nulle ou difficile. Nous nous expliquerons encore, que l'on ne soit pas d'accord sur la nature de la sensation fournie par des éléments aussi complexes et aussi variables; que Davaine la compare à celle que fournit un siège à ressorts, Segond au tremblotement d'une masse gélatineuse; que Jaccoud et Bamberger n'y voient que l'exagération de la sensation de flot. Enfin, nous nous rendrons compte de la difficulté de la différencier d'avec d'autres sensations ressemblant à l'une de ses formes, et nous comprendrons combien nous avons eu raison d'insister sur sa confusion facile avec la fluctuation crépitante. Ne s'agit-il pas d'une erreur pareille dans le cas de Viertel (Observ. V)? En analysant les résultats de l'autopsie, nous serions tenté de le croire. Nous y trouvons une poche superficielle remplie d'hydatides en partie mortes et de séquestres, conditions très favorables à l'existence de la fluctuation crépitante.

Il nous semble résulter de tout ce que nous venons de dire que le frémissement doit être très rare. La coque osseuse nous le dérobe dans la première période et dans la plus grande partie de la seconde; à ce moment, une partie des hydatides sont dégénérées; elles sont mélangées à des débris osseux qui étouffent la vibration et dont la collision masque celles déjà bien enrayée des vésicules. Les hydatides saines sont donc

emprisonnées soit dans les trabécules osseuses, soit au milieu de ces éléments étrangers. Lorsqu'on saisit une sorte de frémissement, nous voyons que l'on a affaire bien plus souvent à la fluctuation crépitante qu'au frémissement hydatique. D'ailleurs, ce syndrome longtemps considéré comme pathognomonique des kystes hydatiques, est de plus en plus battu en brêche. Le scepticisme commence à envahir à son sujet la littérature médicale, et Gangolphe, rapportant le cas de Frusci où ce murmure fut perçu après ponction, se croit autorisé à mettre en doute cette constatation.

Nous concluons donc, en disant qu'en ce qui concerne le kyste des os pelviens, on ne doit admettre l'existence du frémissement hydatique qu'après élimination de toutes les sensations avec lesquelles il est susceptible d'être confondu et notamment de la fluctuation crépitante.

La *percussion* simple dénote au niveau des tumeurs de la matité tranchant nettement en avant avec la sonorité intestinale; les renseignements qu'elle nous fournit sont de peu d'importance.

Il n'en est pas de même du *toucher vaginal,* on le néglige bien souvent; il nous permet cependant, chez la femme, d'explorer tout le petit bassin. Le boursouflement de la table interne, l'ulcération de l'os, la saillie fluctuante que viendra plus tard faire la tumeur seront nettement perçus (Ob. XVII). Il nous renseignera sur l'état de la cavité cotyloïde, en nous permettant de sentir, au début, l'augmentation de volume de la lame quadrilatère qui la limite intérieurement; nous assisterons ensuite à sa destruction, et nous pourrons palper nettement soit la tumeur hydatique comme chez la femme que nous avons observée (Observ. XV), soit la saillie de la tête fémorale, comme aurait pu le faire Viertel, s'il n'avait négligé ce mode d'exploration. Plus tard, il pourra nous montrer l'envahissement du tissu cellulaire pelvien.

Le *toucher rectal* complètera cet examen, chez la femme, en permettant une exploration complète de la face antérieure du sacrum. Il remplacera le toucher vaginal, chez l'homme, et c'est grâce à lui que Trendelenburg a pu sentir une tuméfaction osseuse notable du fond de la cavité cotyloïde. Nous n'insistons pas sur l'importance de ces différentes manœuvres au point de vue obstétrical, nous réservant d'y revenir dans un chapitre spécial.

L'examen de l'*articulation coxo-fémorale* nous arrêtera plus longtemps. La déformation de la région varie suivant le degré d'évolution de la maladie; elle exigerait une description pour chaque type et nous renvoyons au chapitre des observations pour de plus amples détails.

Ce qui importe davantage, c'est de bien explorer en avant, en arrière, sur le côté, en déprimant profondément le triangle de Scarpa et en employant les manœuvres que Lannelongue a si bien décrites pour la recherche des points douloureux dans la coxo-tuberculose. Elles ne nous renseigneront pas toujours sur l'état des os, mais elles nous seront d'une grande utilité au point de vue du diagnostic.

Recherchons attentivement les *craquements articulaires*, et à ce sujet, nous mettrons en garde contre plusieurs causes d'erreur. Le craquement que nous percevrons pourra être extra-articulaire, et cela dans deux cas: Lorsqu'il existe une fracture du col du fémur, ce qui est rare, et lorsque, ce qui est la règle à un moment donné, il existe une fracture ou une désagrégation avancée de l'os coxal. Dans le premier cas, l'erreur est de faible importance, car l'articulation est toujours envahie. Dans le second, la malade se raidit, les muscles se contractent en rapprochant les fragments les uns des autres; on perçoit nettement le craquement et l'on est tout étonné, après chloroformisation, de ne plus rien retrouver. Le fait s'est présenté

pour la malade opérée par M. le professeur Demons (Obs. XV); nous croyons devoir le signaler comme une erreur intéressante, tant au point de vue clinique qu'au point de vue de l'intervention ultérieure.

Est-il possible de se rendre un compte exact de l'état des os de l'articulation? Dans certains cas, oui. La fracture du col du fémur jointe à des craquements articulaires vrais, nous indique de graves désordres du côté du fémur. La saillie interne de l'acétabulum, sa destruction sont des signes de lésion prononcée de la région articulaire de l'os coxal; mais, l'interprétation clinique des faits observés est très difficile, et on ne saurait trop examiner l'articulation avant de se faire une opinion. Chez la femme qui fait l'objet de notre observation XV, la tuméfaction molle constatée par le toucher vaginal nous avait fait penser, vu la coexistence de craquements articulaires, à une destruction complète de la cavité cotyloïde avec envahissement du tissu cellulaire pelvien; or, à ce niveau, la tumeur hydatique avait séparé les deux tables de l'os, en respectant la table externe et par conséquent l'articulation ; elle avait détruit au contraire la table interne pour se creuser une issue vers le petit bassin.

L'examen de *la ligne de Nélaton* doit être toujours fait, la luxation ou la subuxation du fémur pouvant nous déceler des lésions graves du sourcil cotyloïdien.

Nous n'insisterons pas sur l'examen de l'*articulation sacro-iliaque*. Ce qui ressort de la lecture de nos documents cliniques, c'est qu'elle est toujours prise lorsque le sacrum et l'os coxal sont simultanément atteints. Dans ce cas, nous pouvons retrouver, comme dans la sacro-coxalgie, la douleur par pression sur les épines iliaques antérieures et supérieures (Obs. XII) jointe aux attitudes vicieuses qui caractérisent les lésions tuberculeuses et sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Les *mouvements articulaires provoqués* peuvent n'être nullement gênés; c'est le cas le plus habituel. Ils ne sont pas en général douloureux. Cependant, chez le malade de Pihan, ils étaient très limités et s'accompagnaient de vives douleurs. Chez celle de Viertel (Obs. V), les mouvements de flexion et d'extension agissaient seulement sur le bassin, sans déplacer la cuisse qui restait fixe. Chez notre malade (Obs. XV), la flexion et l'abduction de la cuisse gauche étaient limitées. Cette limitation reconnaît plusieurs causes; elle est en général d'origine articulaire et due, soit à la douleur (Obs. de Pihan), soit à un arrêt mécanique, comme dans le cas de Viertel, soit à la contraction des muscles qui se raidissent, comme chez notre malade, pour maintenir en place les fragments osseux et s'opposent ainsi, par leur tension, à l'achèvement des mouvements. Dans ce dernier cas, ils pourront s'exécuter avec toute leur amplitude sous le chloroforme.

Les *mouvements volontaires* présentent les mêmes troubles; ils étaient complètement impossibles chez la malade de Viertel (Obs. V).

Nous en arrivons maintenant à *l'attitude des membres inférieurs* qui commande elle-même l'attitude du malade, et intervient comme un facteur actif très important dans sa démarche. Ici, nous répéterons ce que nous avons dit de la douleur : toutes les variétés peuvent se rencontrer. Parfois, rien n'est modifié lorsque le malade est couché; à peine existe-t-il un peu de gêne de la marche, comme dans les observations de Reczey et de Fontorbe. Mais, le plus habituellement, ce qui domine, c'est le raccourcissement du membre entraînant la boiterie. Il peut atteindre jusqu'à cinq centimètres, comme chez notre malade, et reconnaît plusieurs causes : tantôt il est d'origine fémorale et est dû, soit à la fracture du col, soit à la destruction de ce col; tantôt il est d'origine iliaque et est amené soit par

la destruction de l'acétabulum avec pénétration du col qui est pour ainsi dire avalé, le sourcil cotyloïdien reposant directement sur le grand trochanter muni de facettes (Obs. V), soit à la destruction du sourcil cotyloïdien (Obs. XIII), soit encore, l'os étant plus complètement altéré, à un soulèvement en masse de toute sa portion inférieure. Il est probable qu'il devait en être ainsi chez la malade dont nous rapportons l'observation (Obs. XV). Dans tous ces cas, il s'agit d'un *raccourcissement réel;* la destruction de l'os était trop avancée pour que l'on pût constater seulement du *raccourcissement apparent.* Il est probable que, dans le cours de l'évolution du kyste, il doit exister, tout comme dans la coxalgie, une diminution de longueur du membre inférieur due seulement à l'attitude. Nous n'insisterons pas sur ce fait, laissant à d'autres plus heureux que nous le soin de le constater.

Ce raccourcissement est souvent allié à une position vicieuse du membre inférieur. Tantôt il y a abduction et rotation en dehors (Obs. VII); tantôt, au contraire, abduction et rotation en dedans (Obs. VIII). Il peut exister en même temps, comme chez le malade de Pihan, un certain degré de flexion de la cuisse sur le bassin. Pour compenser la flexion, il se produit dans l'articulation sacro-vertébrale un mouvement de bascule qui projette en avant les épines iliaques antérieures et supérieures, et creuse la région lombaire, en créant ainsi une ensellure semblable à celle que l'on retrouve dans la coxalgie. Si cette attitude vicieuse s'exagère, le malade se recourbe sur lui-même, couché sur le côté opposé. Il y a pour ainsi dire en même temps retrait du côté sain, saillie plus grande du côté malade et l'attitude est alors celle que l'on retrouve parfois dans certaines formes de coxo-tuberculose ou d'ostéosarcome.

Presque toujours, nous retrouvons des lésions osseuses en rapport avec ces attitudes et suffisant pour les expliquer.

L'immobilisation de la jointure, pour pallier la douleur, ne paraît jouer un certain rôle que dans l'observation de Pihan.

Nous comprenons sans peine que ces vices de position, ces altérations de longueur doivent contribuer à gêner la *marche* du malade et lui imprimer une démarche spéciale en rapport avec leur variété. La marche est souvent difficile et ne peut s'effectuer qu'avec l'aide d'un bâton ; la claudication est presque la règle. Dans le cas de Viertel, nous voyons la malade « porter, dans la station et la marche, le membre inférieur » dans l'abduction et la rotation en dehors ».

Nous ne citerons que ces variétés, renvoyant aux observations pour de plus amples détails.

Nous ne connaissons qu'un seul exemple de *paralysie complète* des membres inférieurs à la suite d'une lésion sacrée. (Obs. XVIII) ; elle s'accompagnait de paralysie du rectum et de la vessie. Comme les paraplégies par compression, elle débuta par une faiblesse des membres, s'accentuant peu à peu jusqu'à la paralysie complète.

Il existait en même temps des *troubles de la sensibilité* que nous ne retrouvons chez aucune autre malade. L'anesthésie occupait complètement la région postérieure de la fesse et de la cuisse et les organes génitaux externes. Elle était incomplète à la face antérieure qui, nous le savons, est innervée par le nerf obturateur, branche du plexus lombaire.

Les *lésions trophiques* vraies ne sont signalées que dans les observations de Fontorbe et de Rendu. Elles consistaient en escharres de dimensions variables, siégeant sur le trajet des filets nerveux issus de la queue de cheval.

Les mêmes symptômes se retrouvent plus développés à la *troisième période, celle des abcès circonvoisins.* L'examen nous permet de les constater souvent avec plus de netteté au niveau de ces derniers que de la tumeur principale, leur situation étant plus superficielle.

Leur siège est très variable. En général, c'est du côté de la fesse que la tumeur pousse son prolongement le plus important. Nous trouvons alors, à ce niveau, une tuméfaction volumineuse, irrégulière, parfois bosselée. La fluctuation n'y est pas très manifeste; elle est même souvent nulle et nous ne devons pas nous en étonner. La tumeur fessière est, nous l'avons dit, cloisonnée, formée de loges indépendantes les unes des autres et fortement distendues. Pour y retrouver la fluctuation, dans le cas où la tension ne serait pas trop grande, il faudrait la rechercher en appuyant sur deux points très rapprochés, et recommencer patiemment en cas d'insuccès, pour arriver à poser les doigts sur la même poche. La fluctuation n'est donc pas un signe facilement appréciable et elle se devine plutôt qu'elle ne se trouve.

Cette tumeur fessière augmente progressivement de volume, se coiffe des muscles qu'elle distend et écarte, mais sans jamais léser les téguments. Elle peut poussser à son tour des prolongements dans le tissu cellulaire et, ces tumeurs secondaires cessant de communiquer avec la tumeur principale peuvent devenir complètement indépendantes; mais il rare qu'elles prennent à leur tour un grand développement (Obs. XV).

C'est dans la tumeur fessière que nous retrouvons les hydatides les moins altérées; aussi est-ce de ce côté que nous devons diriger surtout nos investigations lorsque nous soupçonnons la nature parasitaire de l'affection.

Le prolongement de la tuméfaction principale peut se faire jour du côté du tissu cellulaire pelvien (Obs. XV). Nous ne croyons pas que la tumeur ainsi produite, et qui vient faire saillie au niveau d'un des culs-de-sac du vagin où elle est nettement appréciable avec les caractères habituels des lésions semblables, soit susceptible d'acquérir le développement énorme des tumeurs nées directement dans le tissu cellulaire pelvien.

Dans les cas comme celui de Fricke (Obs. I), où la ponction a permis de retirer plus de deux litres de liquide, il s'agissait de la transformation d'une grande partie de l'os coxal, en un sac fibreux rempli de séquestres et de produits de dégénérescence, venant faire saillie au niveau du vagin, et non d'un simple prolongement de la tumeur.

Plus souvent encore, à une période variable, la tumeur obéissant aux lois de la pesanteur, déverse le trop plein de son contenu dans le *triangle de Scarpa,* voie naturelle facilement accessible pour toutes les collections de la fosse iliaque interne. Nous trouvons alors, à ce niveau, une tuméfaction plus ou moins grande, dont l'existence a pu être constatée chez notre malade (Obs. XV) et chez celle de Viertel (Obs. V). Les éléments les les plus denses s'y accumulent; en sorte que c'est là que nous retrouverons le mieux la fluctuation crépitante, les séquestres y étant très nombreux et relativement superficiels. Nous n'insisterons point sur les autres caractères de la tumeur qui ne diffèrent en rien de ceux déjà étudiés au niveau de la tumeur principale.

Ces différents prolongements peuvent coexister (Obs. V et XV). Dans ce cas, les déformations de la hanche sont portées à leur maximum; le pli inguinal est effacé; la tuméfaction de la fosse iliaque interne semble ne plus faire qu'un avec celle de la racine du membre. Le pli fessier est abaissé et l'ensemble de la région présente un aspect que nous ne retrouvons que dans certaines formes d'ostéosarcomes.

Ces différentes tumeurs secondaires communiquent ensemble par l'intermédiaire de la poche centrale, dans laquelle elles viennent s'ouvrir. Mais, l'orifice de communication est souvent si étroit qu'il est rare de la constater nettement sans chloroformisation. Ce n'est que par cette manœuvre quen ous avons pu, chez notre malade (Obs. XV), éloigner l'idée de l'indépendance

absolue de la tumeur fessière d'avec les tuméfactions de la région antérieure.

Nous n'avons pas retrouvé ainsi la *crépitation amidonnée*, indice toujours, d'après Marguet, d'un kyste hydatique en bissac.

Tel est, ce nous semble, le tableau clinique qui correspond au plus grand nombre des cas jusqu'ici observés. Il est certain que la maladie n'évolue pas toujours ainsi. Nous n'y retrouvons pas toujours trois phases aussi nettes. Nous ne pouvons ici décrire toutes ses variétés. La lecture de nos documents cliniques complètera ce qu'une description générale a forcément de défectueux.

Cependant, nous croyons qu'un groupement à part s'impose pour certaines formes de l'affection pouvant prêter plus que toutes les autres à la confusion. Nous voulons parler de ces cas où l'envahissement de l'articulation coxo-fémorale est tellement prononcé, que les symptômes qu'il engendre dominent toute la scène et nous font presque oublier qu'il s'agit d'une affection de l'os et non de la cavité articulaire. Nous les désignerons sous le nom de formes *pseudo-coxalgiques* du kyste hydatique des os du bassin. Il suffit de relire, en effet, ce que nous avons écrit plus haut, pour saisir l'analogie qui existe entre ces variétés et la forme acétabulaire de la coxo-tuberculose. La douleur, les attitudes vicieuses du membre inférieur, l'ensellure lombaire, et plus tard le développement de tuméfactions secondaires, pouvant même s'ouvrir à l'extérieur en donnant écoulement à un pus osseux mal lié, comme dans le cas de Trendelenburg, justifient amplement ce rapprochement que l'anatomie pathologique elle-même ne désavoue pas. Et l'observation clinique vient encore nous donner raison, en nous montrant combien la confusion est possible entre ces formes articulaires et la tuberculose de la même région. Il nous sem-

ble donc nécessaire de les ranger dans un groupe spécial, en leur donnant ce nom de formes pseudo-coxalgiques, qui a l'avantage d'être presque un exposé de leurs symptômes, un appui pour leur diagnostic et une indication pour leur traitement.

L'*état général* se maintient bon pendant longtemps; mais nous croyons qu'à une certaine période la santé sera fatalement altérée. Ce que nous avons dit de la toxicité du liquide hydatique, de celle encore plus grande des produits de dégénérescence qui se substituent peu à peu à lui dans la tumeur parasitaire, doit nous le faire pressentir. Il est difficile qu'un malade porte en lui un pareil foyer d'intoxication, sans qu'une résorption lente de ces produits ne s'opère. L'œuvre s'accomplit lentement mais sûrement. Si elle n'a pas été constatée plus souvent, c'est qu'elle a presque toujours été arrêtée par la mort ou par une intervention chirurgicale. Ici encore, les enseignements de la clinique viennent corroborer nos prévisions. Chez la malade dont nous rapportons l'observation, l'état général était profondément altéré; ses traits pâles, amaigris, avec cette rougeurs des pommettes que connaissent tous les cliniciens, étaient ceux d'une personne minée par une suppuration continue ou par quelque intoxication cachée. Les fonctions nutritives s'accomplissaient mal; un pas de plus, et c'était la cachexie.

Pour justifier cet état de santé précaire, on ne pouvait invoquer, avec Gandolphe, la compression nerveuse, car les douleurs aiguës l'avaient abandonnée depuis longtemps. Il n'existait pas de pus dans la caverne osseuse; l'intoxication par les produits septiques était donc seule admissible.

La suite des évènements vint d'ailleurs confirmer notre manière de voir. Après l'opération, notre malade, soustraite à cette intoxication par la suppression du foyer originel, en-

graissa rapidement et, à sa sortie de l'hôpital, son état général était des plus satisfaisants.

La malade de Fricke nous offre, elle aussi, un bel exemple à l'appui de notre thèse. Nous conclurons donc en disant que l'état général se maintient longtemps bon, malgré le poison qui le mine tous les jours; l'organisme finit par succomber, la santé s'altère et le malade tombe dans une cachexie ne différant de celle produite par les tumeurs malignes que par l'époque tardive de son apparition.

COMPLICATIONS

L'une des complications les plus importantes de la tumeur hydatique est la *transformation purulente* de son contenu.

Elle est moins fréquente que ne semblent l'indiquer les observations, car bien souvent on a pris pour du pus ce qui n'était que du liquide dégénéré. Mais il en existe des exemples très nets (Obs. III, V, VI, VIII, etc.). Elle peut survenir spontanément à la suite de la localisation d'une infection générale, ou secondairement à la suite d'une ponction. Le premier cas (Obs. VII), est le plus rare. Il est probable qu'elle s'annonce par un cortège de symptômes généraux; mais le fait ne se trouve consigné dans aucune observation. Dans le second cas, ces symptômes acquièrent toujours une grande intensité.

Il va sans dire que l'état général est toujours profondément altéré et que la résorption des substances toxiques que nous avons signalées dans le pus n'y est pas étrangère. La statistique semble démontrer que cette transformation a presque toujours entraîné la mort; mais nous ne devons pas oublier qu'il s'agit la plupart du temps, dans nos documents, de transformation par infection traumatique, à la suite d'une antiseptie opé-

ratoire insuffisante. Dans un cas (Obs. VII), le clapier purulent vint s'ouvrir à l'extérieur comme un vulgaire abcès.

Nous ne connaissons pas de cas d'*ouverture du kyste dans le péritoine*. Le fait pourrait cependant se produire, et il est certain que la pénétration de ces produits dégénérés dans la séreuse entraînerait fatalement des accidents mortels.

La *fracture du bassin* est fréquente dans le kyste hydatique de la ceinture pelvienne. Nous ne pouvons indiquer toutes ses variétés, qui sont, on le comprend, des plus nombreuses; ses signes ne varient de ceux qui caractérisent habituellement cette affection, que par une spontanéité qui rappelle celle des fractures engendrées par l'ostéosarcome.

Nous n'insisterons donc pas, pas plus que sur la fracture du col du fémur qui peut survenir en cas d'envahissement de l'articulation coxo-fémorale. Nous avons déjà signalé plus haut les erreurs que ces fractures ont parfois entraînées.

Quant aux *kystes viscéraux* qui peuvent exister simultanément dans le foie, les poumons, l'ovaire, etc., ils se présentent avec leurs signes ordinaires.

Les lésions du sacrum, engendrant la paralysie de la vessie, peuvent, comme dans le cas de Rendu, donner lieu à de la *cystite* et secondairement à de la *néphrite* qui amène rapidement la mort des malades. Nous ne les signalons que pour insister sur la nécessité de retarder le plus possible ces complications par un sondage aseptique avec lavage de la vessie.

La métrite signalée dans l'observation de Reczey était complètement indépendante de la lésion hydatique.

MARCHE ET TERMINAISON

La marche de la maladie est très lente. Nous avons vu que la période latente pouvait durer jusqu'à 12 ans (Obs. III). Les

deux autres durent aussi plusieurs années; la moyenne est d'environ 9 ans. En général, cette marche lente n'est pas continue. Le plus habituellement, le malade est porteur d'un kyste qui évolue sourdement, sans être d'ordinaire une cause de gêne pour lui. A l'occasion d'un traumatisme ou de l'accouchement, l'hydatide, qui jusqu'ici sommeillait, semble reprendre de nouvelles forces. Ce coup de fouet active sa marche et nous voyons alors la tumeur se développer très rapidement, comme dans les cas de Polaillon, de Rendu, et celui plus concluant encore de Denonvilliers. Une seule fois, dans le cas de Reczey, la tumeur a paru évoluer d'une façon suraiguë dans l'espace d'un an et demi.

Si l'on laissait la maladie suivre son cours, il est probable qu'elle aboutirait ainsi presque toujours, lentement mais sûrement, à la *cachexie hydatique* qui serait le terme ultime de son évolution. L'observation de Fricke ne nous laisse aucun doute à cet égard. Le malade, sans intervention d'aucune sorte, succomba à la fièvre hectique qui le minait. Cette hecticité, survenant en dehors de l'existence de pus dans la poche, c'est la cachexie par résorption de produits putrides signalée plus haut. Nous pourrions parfois observer la transformation purulente spontanée (Observ. VII). Il ne faut jamais oublier en effet que ce foyer d'intoxication appelle l'infection, et que si cette dernière est le plus souvent directe, l'infection indirecte par le sang ne saurait être niée. Cachexie souvent, suppuration quelquefois seraient donc, d'après nous, les termes les plus habituels de l'évolution des kystes hydatiques de l'os coxal abandonnés à eux-mêmes. Le kyste sacré arriverait rarement à ce terme. La paralysie vésicale et la néphrite qu'elle entraîne accompagnant la paraplégie, sont des écueils que le malade parvient difficilement à éviter.

Mais il est rare que l'affection suive ainsi son cours. Le

malade supporte la première période, souvent la seconde, à la fin de cette dernière, et surtout à la troisième, lorsque la tumeur s'est extériorisée, il consulte un praticien qui intervient. Cette modification de la marche paraît plutôt porter sur sa durée qu'elle écourte, et ne modifier en rien le résultat final, si nous en croyons la statistique. Dans trois cas seulement l'intervention a amené la guérison ou une amélioration sensible. Dans tous les autres, elle a été suivie d'aggravation et de mort. Et par intervention nous désignons tout aussi bien la simple ponction que l'incision et la résection. Nous ne discuterons pas en ce moment la question de savoir s'il faut rendre l'intervention responsable de tous ces méfaits. Nous nous bornerons à enregistrer des résultats, et ces résultats nous montrent que sur 18 cas actuellement connus de kystes hydatiques des os du bassin, trois fois seulement la guérison a été observée. Dans tous les autres, quelle qu'ait été la marche suivie, l'affection a toujours entraîné la mort des malades.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du kyste hydatique des os du bassin est très difficile. En parcourant les différentes observations, nous voyons qu'il n'a été fait qu'une fois avant ponction ou opération. Cela ne doit pas nous étonner. Récapitulons en effet les signes que peuvent nous fournir les antécédents des malades, les commémoratifs et les différents modes d'investigation clinique que nous avons à notre disposition.

Les antécédents héréditaires n'ont aucune valeur, nous le comprenons sans peine; les antécédents personnels en ont davantage. Ils nous renseignent sur les différents pays que les malades ont habité, sur leurs mœurs, leur nourriture, faits qui ont une grande importance dans le développement de l'hydatide. L'existence de grossesses antérieures, la découverte d'une tumeur après l'accouchement doivent être soigneusement notées.

Les commémoratifs ne devront pas être négligés. Ils nous renseigneront sur le traumatisme antérieur, la marche lente de la maladie et les différentes circonstances fortuites qui ont pu survenir. Nous insisterons en particulier sur la douleur spontanée, en faisant bien préciser s'il y avait augmentation ou diminution pendant la nuit, si elle a été soudaine et si elle siégeait du côté malade.

Les renseignements ainsi fournis seront complétés par ceux que nous offriront les différents moyens d'investigation clinique que nous avons à notre disposition. La palpation nous

renseignera sur la forme, le siège et la consistance de la tumeur. Le toucher vaginal et le toucher rectal, sur ses connexions avec le petit bassin; la percussion méthodique nous fera découvrir, soit le frémissement hydatique soit, plus souvent, la fluctuation crépitante. Mais, en appliquant rigoureusement cette méthode d'examen au kyste hydatique des os du bassin, nous pouvons saisir les difficultés de notre tâche. N'oublions pas, en effet, que les antécédents et les commémoratifs n'ont qu'une importance secondaire; ils ne peuvent pas servir à bâtir un diagnostic ; ils contribuent seulement à l'étayer, alors qu'il est déjà posé virtuellement dans notre esprit. La douleur n'a de fixe que sa variabilité et servirait surtout à nous égarer. La tumeur, au début, n'a rien de bien net; plus tard, lorsqu'elle est développée, siégeant à la face interne, elle peut être confondue avec la lésion d'un organe voisin, en dehors avec une affection des parties molles, dure, elle nous donnera le change pour une tumeur solide, molle, pour un kyste viscéral ou un abcès. Le frémissement hydatique a déjà été écarté par nous comme une nouvelle cause d'erreur. La fluctuation crépitante peut être une source d'indications précieuses pour le diagnostic, mais elle est rare et n'existe qu'à une période avancée de la maladie. Quant aux signes dénotant l'écartement et l'usure des tables de l'os, tels que le dédoublement de l'épine et de la crête, la crépitation parcheminée, l'effondrement lamellaire, on les retrouve tout aussi accentués dans d'autres maladies de la même région. L'attitude des membres inférieurs ne peut que nous induire en erreur, puisqu'elle n'a de caractéristique que son analogie avec celle d'une affection de la même région beaucoup plus fréquente : la coxalgie.

La paraplégie ne nous indique qu'une compression ou une destruction des nerfs, sans nous donner une indication sur la

nature de l'agent. En somme, nous voyons que nous ne trouvons pas un seul symptôme pouvant nous orienter et nous permettre ensuite d'arriver à un diagnostic exact, en groupant autour de lui un ensemble de faits d'importance décroissante.

Cependant, il ne faudrait pas se hâter de conclure que, par ces seuls procédés, il est impossible de poser un diagnostic exact. Nous avons pu le faire, avec M. Chavannaz, et nous pouvons affirmer que le hasard n'a joué aucun rôle dans notre appréciation. Nous y sommes arrivés par la voie d'exclusion. Après avoir éliminé successivement toutes les autres tumeurs, pour des motifs judicieusement pesés, il ne nous est resté que le kyste hydatique. Et alors, plusieurs faits, d'abord considérés comme secondaires, nous sont revenus à l'esprit : La malade habitait les Landes, où les kystes hydatiques sont très fréquents ; elle présentait des tumeurs multiples paraissant s'être développées après un accouchement; la longue évolution de ces tumeurs ne fit que nous confirmer dans notre opinion. Nous ne connaissions pas alors la fluctuation crépitante, que nous avions perçue cependant, en en méconnaissant la nature, et qui nous aurait été en l'espèce d'un grand secours; nous maintînmes notre diagnostic sans avoir recours à la ponction et l'opération vint confirmer notre manière de voir.

De cette observation personnelle, nous croyons pouvoir conclure ce que doit être le diagnostic : *négatif d'abord, affirmatif ensuite*. Négatif, sous le rapport des autres tumeurs que nous devons éliminer successivement par ordre de fréquence décroissante; affirmatif, sous le rapport des signes du kyste hydatique que nous devons grouper sans en négliger aucun. Ainsi se trouve étayé ce diagnostic par exclusion.

Mais nous ne devons jamais intervertir cet ordre. Il arrive, et le cas s'est présenté dernièrement pour un malade dont nous résumons plus loin à grands traits l'observation, qu'en exami-

nant soigneusement, on retrouve un symptôme constaté autrefois dans une tumeur de cette nature; le groupement des autres signes se fait naturellement; le diagnostic paraît s'imposer, et l'élimination des autres tumeurs devient un jeu pour le clinicien. Cette méthode, appliquée ici, nous induira toujours en erreur. Notre diagnostic ne doit jamais être affirmatif d'emblée.

Nous ne craignons pas de le dire, ce diagnostic, fait au moyen des procédés d'investigation ordinaires, est très difficile; même en se conformant aux règles que nous venons de tracer, il subsistera des doutes dans notre esprit. Nous ne pouvons les lever qu'en recourant aux procédés que nous pourrions appeler *extraordinaires,* quoique depuis quelques années il soient entrés dans la pratique courante : nous avons nommé *la ponction et l'incision exploratrices.*

La *ponction exploratrice* ne nous paraît pas avoir ici l'importance qu'on lui a souvent attribuée. Théoriquement, appliquée à un kyste hydatique, elle devrait permettre de retirer un liquide dont l'analyse et l'examen microscopiques affirmeraient ensuite la nature. Mais, nous ne devons pas oublier que nous n'avons pas affaire ici à ces grandes vésicules à prolifération endogène, contenant du liquide en grande quantité; notre kyste est exogène et évolue sur un terrain ne permettant qu'un développement peu considérable de ses vésicules; en sorte que la ponction ne ramènera qu'une très petite quantité de liquide, mélangé avec l'antiseptique ayant servi à aseptiser l'appareil d'aspiration. L'examen de ce liquide nous renseignera mal et l'interprétation des résultats sera souvent très difficile.

D'autre part, nous devons nous rappeler que les kystes hydatiques des os du bassin dégénèrent très vite, et qu'à un moment donné les vésicules saines se rencontrent, presque exclusivement, dans la zone osseuse périphérique où elles sont inacces-

sibles; la poche centrale n'en contient qu'un très petit nombre nageant, avec des séquestres et des débris, dans un liquide qui ressemble à de la purée de pois; le hasard seul permettra à l'aiguille d'atteindre une de ces vésicules de petit volume qui fuient facilement devant elle. Souvent, le liquide dégénéré sera trop épais pour s'engager dans un conduit capillaire, et alors même qu'on en retirerait, il exposerait à la confusion n'ayant rien de pathognomonique; si nous ajoutons que l'aiguille sera facilement obstruée, nous voyons que les résultats de la ponction seront des plus illusoires. Et si, quittant le domaine du raisonnement théorique, nous faisons appel à nos documents, nous y voyons que, dans un seul cas de kyste hydatique du sacrum, celui de Polaillon, la ponction a permis de faire un diagnostic incomplet. Le même résultat a été obtenu par Viertel dans un cas de kyste hydatique de l'os coxal, mais ce fut pour ainsi dire par hasard. Elle fut faite en effet à blanc, et le diagnostic fut confirmé par l'existence de débris de membranes ayant obstrué la canule.

Partout ailleurs, elle a induit en erreur, en faisant retirer du pus ou tout autre liquide semblable à celui des lésions tuberculeuses. Pour notre part, nous ne la croyons capable de donner des indications utiles qu'à la période des tumeurs circonvoisines, surtout au niveau de la poche fessière où les hydatides sont nombreuses et en général vivantes.

Mais si elle est d'une utilité contestable, elle peut ne pas être toujours exempte de dangers. Nous ne la rendons certes pas responsable des accidents mortels que nous voyons survenir à la suite dans la plupart de nos observations. La ponction, que nous introduisons dans notre arsenal clinique, est la ponction aseptique et en aucun cas, ainsi comprise, elle ne peut entraîner la transformation purulente d'un liquide, même dégénéré. Nous ne devons pas oublier que, lorsque nous la pratiquons, nous ne sommes pas encore exactement fixés sur la nature de

le tumeur; ne pourrait-elle pas donner par son excitation aveugle un coup de fouet à de vieux foyers tuberculeux? N'a-t-elle pas, comme le dit Havage, une action nocive sur le développement de l'ostéosarcome? Autant de questions douteuses, qui nous montrent que la ponction ne bénéficie pas toujours de cette innocuité parfaite qu'on lui a souvent conférée.

Nos conclusions, dans le cas actuel, lui seront plutôt défavorables et nous la croyons souvent *inutile*, parfois *capable de nous induire en erreur* et quelquefois *dangereuse*.

Nous lui préférons donc l'*incision exploratrice*. De prime abord, l'examen lui paraît défavorable. Elle n'a pas le mérite de ne pas être une opération comme la ponction; certains praticiens ont une horreur instinctive du bistouri, et les malades partagent aisément cette manière de voir. Le raisonnement n'aura pas de peine à venir à bout de ces difficultés apparentes. Nous nous trouvons en présence d'une tumeur à diagnostic incertain. Si le malade est décidé à se laisser opérer, nous pouvons tout préparer à cet effet; nous débuterons par une incision et nous compléterons, comme il conviendra, si nous reconnaissons cette opération nécessaire. Un premier avantage de cette méthode sera donc de soustraire le malade au supplice d'une ponction qui, toute innocente qu'elle est, l'effraye toujours un peu; du même coup, nous étayerons notre diagnostic et nous interviendrons. Il nous sera facile en effet, par la brèche ainsi ouverte, de voir les lieux, de faire écouler du liquide contenant des hydatides, et de poser un diagnostic exact de la nature et de l'état de la lésion. Si nous reconnaissons une intervention impossible, nous aurons affaire à une plaie régulière que nous traiterons comme telle; nous ne nous exposerons pas ainsi aux mécomptes de la ponction. Un second avantage sera d'assurer une aseptie beaucoup plus grande. Par ce fait même que la ponction n'est pas une opération, le chirurgien le

plus soigneux est porté à ne pas prendre sous ce rapport toutes les précautions nécessaires. Avec l'incision, rien de semblable, surtout si elle doit être suivie d'une opération. Enfin, l'incision n'expose pas aux dangers de la ponction. Elle ne risque pas de réveiller un foyer tuberculeux, puisqu'elle est conseillée dans la coxo-tuberculose par des chirurgiens de la compétence de Bœkel et Reclus. Elle ne saurait être un agent de développement ou de généralisation dans l'ostéosarcome, puisque l'on peut arriver à la tumeur sans l'entamer et agir ensuite à son égard comme il conviendra.

Pour tous ces motifs, nous la jugeons donc bien supérieure à la ponction dans le diagnostic, et nous la préconisons presque exclusivement.

Les conclusions de cette étude générale seront donc que : l'on ne saurait poser un diagnostic exact que par exclusion, et que ce diagnostic devra toujours être affirmé par l'incision exploratrice, après groupement très sérieux des symptômes observés par ordre d'importance décroissante.

Ce que nous venons de dire nous montre l'importance que prend ici le *diagnostic différentiel*. Il constitue la base de la première partie de notre diagnostic général, la partie négative, celle qui créera presque notre jugement définitif. Nous allons donc essayer d'exposer cette question si délicate, en insistant plus particulièrement sur les causes les plus habituelles de confusion.

Une première erreur est, à la période latente, et même plus tard, de ne voir que la douleur et de croire à l'existence d'une *sciatique* vraie ou du *rhumatisme*. Elle est souvent commise, comme nous le montrent les traces de pointes de feu et les vésicatoires que portent les malades. Nous l'éviterons aisément en nous rappelant que la sciatique et le rhumatisme essentiels ne doivent être admis que lorsqu'on ne trouve pas de cause pour expliquer leurs symptômes.

Le diagnostic avec l'*ostéosarcome* est, dans certains cas, très difficile. Nous ne connaissons pas d'exemple de confusion du kyste hydatique avec cette tumeur, mais l'erreur inverse a souvent été commise, même après ponction. Né dans le tissu osseux ou sous le périoste, le sarcome est, de par sa nature embryonnaire, une tumeur essentiellement polymorphe, simulant parfois la tumeur la plus dure, tantôt une véritable tumeur liquide, une forme de cette tumeur ayant même reçu le nom d'anévrysme des os.

La confusion est donc facile avec les tumeurs de la région, mais elle l'est surtout avec le kyste hydatique. Il existe, en effet, une variété de sarcome de l'os coxal dite centrale, qui, par ses signes, son évolution, les désordres qu'elle produit, rappelle entièrement l'envahissement de l'os par l'hydatide. Il prend naissance, comme son nom l'indique, dans le centre de l'os, envahit, en le détruisant, le tissu spongieux, écarte les lames compactes qu'il use peu à peu, pour venir faire saillie à l'extérieur, en poussant ensuite des prolongements dans tous les sens, tout comme la tumeur hydatique. Comme elle, il est influencé directement par le traumatisme et la grossesse. Il nous offre à considérer, comme le kyste, une période latente caractérisée aussi par une douleur polymorphe. Un caractère spécial de cette douleur c'est la soudaineté. Brusquement, sans que rien le fasse prévoir, le malade éprouve une douleur suraiguë qui persiste plus tard, tout en s'atténuant progressivement. Malheureusement, on la rencontre rarement et Havage, dans sa thèse, n'a pu en recueillir que 5 cas. Notons aussi que les douleurs spontanées s'exaspèrent pendant la nuit et qu'il en résulte une insomnie persistante.

A la période d'état, on note, comme dans le kyste hydatique, l'apparition d'une tuméfaction donnant plus tard la crépitation parcheminée, l'effondrement lamellaire, accompagnés du

dédoublement de l'épine et de la crête iliaques. La tumeur paraît fluctuante; elle est souvent indolente à la pression, mais elle est le siège de douleurs spontanées qui présentent rarement ce caractère d'acuité, dans le kyste hydatique. Ces douleurs sont persistantes avec des exaspérations aiguës qui leur ont fait donner le nom de lancinantes, mordicantes et atroces. On ne les retrouve pas toujours et elles peuvent apparaître dans la tumeur hydatique (Obs. VIII). Les symptômes articulaires sont ceux du kyste ayant envahi le cotyle. L'attitude des membres inférieurs, la démarche, celles du malade simulant la coxalgie. L'articulation sacro-iliaque est envahie, et la lésion du sacrum peut donner lieu à de la paralysie complète ou incomplète, pouvant s'accompagner de paralysie vésicale et rectale, tout comme le kyste hydatique dans le cas de Rendu. Les ganglions ne sont pas atteints, les téguments sont respectés. On peut même percevoir dans certains ostéo-sarcomes à forme anévrysmale une sorte de frémissement d'origine vasculaire que l'on pourra confondre avec le frémissement hydatique lorsqu'ils siégeront dans le triangle de Scarpa, le battement de la tumeur pouvant être pris pour le choc de la fémorale un peu accentué. A cette époque, on peut constater une élévation de la température locale, de plus d'un degré, signalée par Verneuil et Estlander et qu'on ne retrouve pas dans le kyste hydatique. Il en est de même de l'œdème unilatéral, qui fait toujours défaut d'après Havage, dans la tumeur hydatique.

L'envahissement des parties molles, à la troisième période, se fait dans la même direction que pour le kyste hydatique. La déformation qui en résulte est la même. Les complications n'offrent rien qui sépare les deux tumeurs; la fracture est la règle; l'élévation de la température générale, dite fièvre des néoplasmes, peut faire croire à une transformation purulente,

et nous pouvons observer des faits de généralisation semblables dans les deux cas. La marche de l'affection est très lente; elle dure plusieurs années et, comme la tumeur hydatique, progresse rapidement à la suite d'un traumatisme ou d'une grossesse. L'état général se maintient bon pendant longtemps, et la cachexie ne survient qu'à une période avancée, tout comme dans le kyste hydatique.

Ce parallèle, que nous avons essayé de faire aussi complet que possible, entre l'évolution de l'ostéosarcome et celle du kyste hydatique de la charpente du bassin, nous semble appeler une grande indulgence sur les chirurgiens qui, à l'exemple de Kœnig, ont confondu les deux affections. A peine avons-nous noté quelques signes permettant d'établir entre elles une différenciation. La soudaineté de la douleur et son acuité, sa continuité, que n'interrompt même pas le sommeil, sont des caractères qui décèlent plutôt un ostéosarcome. Il en sera de même si nous pouvons constater l'existence de paroxysmes douloureux se reproduisant sous forme de véritables crises névralgiques, avec exaspération nocturne ne laissant plus ni repos ni trêve au malade. La douleur articulaire appartient plutôt à l'ostéosarcome. L'élévation de la température locale serait un indice de tumeur sarcomateuse; mais, beaucoup l'ignorent et peu la cherchent. L'œdème unilatéral, quand il existe, a une grande importance au point de vue du diagnostic différentiel, puisque nous ne le retrouvons que dans la tumeur maligne; les lésions pulmonaires peuvent exister dans les deux affections, mais elles sont plus fréquentes dans l'ostéosarcome. Quant à la fluctuation crépitante, elle ne se constate que dans le kyste hydatique. Il appartient au chirurgien de bien peser tous ces symptômes spéciaux, lorsqu'ils se présentent à lui. Malheureusement, ils peuvent faire défaut et alors, la confusion entre les deux tumeurs est presque inévitable.

Dernièrement, à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Demons, nous avons pu observer un malade, atteint d'une tumeur de l'os coxal qui, par ses caractères, son évolution lente et sa généralisation sans lésions pulmonaires, ressemblait entièrement à un kyste hydatique. Ce diagnostic fut maintenu, même après la ponction dont les résultats furent des plus douteux. L'incision exploratrice dénota l'existence d'un ostéosarcome vasculaire.

Ce fait nous dicte notre conduite dans ces cas douteux. L'incision exploratrice seule peut nous permettre de porter un diagnostic exact.

Les tumeurs dures des os du bassin se distinguent assez facilement du kyste hydatique.

L'*exostose*, par sa marche lente, sa douleur variable, sa consistance, les difficultés obstétricales qu'elle entraîne, pourrait prêter à la confusion avec un kyste encore intra-osseux, mais elle siège surtout au niveau du sacrum et du pubis, où les kystes hydatiques paraissent être le plus rares, et elle s'accompagne de troubles viscéraux qui font défaut dans la tumeur parasitaire. D'ailleurs, cette affection est très rare, et la marche ultérieure de la tumeur lèvera tous les doutes.

L'*enchondrome* apparaît insidieusement, se développe avec lenteur, est peu douloureux et ne détermine de troubles de compression qu'à une période avancée. Il est d'abord dur, puis se couvre de bosselures plus ou moins larges et saillantes, dont les unes sont dures et les autres élastiques et quelque peu fluctuantes; mais il se développe rarement dans la fosse iliaque interne et presque jamais dans l'externe, sièges habituels des kystes. Il y a d'ailleurs loin de ces bosselures alternativement grosses et petites, alternativement dures et fluctuantes de l'enchondrome, à ces tumeurs peu bosselées, molles, entourées d'un rebord tranchant que constituent les tumeurs hydatiques à la

seconde période. De plus, l'enchondrome prend un développement monstrueux que n'atteint jamais le kyste hydatique, et il n'a pas la tendance envahissante de ce dernier pour les articulations et les os voisins (Havage).

Le *fibrome* sera facilement distingué du kyste hydatique. D'après Havage, cette tumeur, spéciale à la femme ayant eu des enfants, présente une consistance particulièrement et uniformément élastique; sa forme est arrondie, sa surface lisse, avec conservation de la coloration normale et de la mobilité de la peau. Elle est indolente et n'altère pas l'état général. Elle prend presque toujours naissance sur la crête iliaque, en conservant un point d'insertion sur le périoste et l'aponévrose; elle se pédiculise vite, en sorte qu'on peut toujours, en déprimant fortement la paroi abdominale, passer l'extrémité des doigts sous sa face profonde. Dans le cas où elle naît du sacrum, du pubis ou de l'ischion, elle conserve ces caractères de forme et de consistance qui la séparent nettement du kyste hydatique de la même région.

Les *tumeurs ganglionnaires chroniques* de la fosse iliaque interne ont une forme mamelonnée, une consistance inégale, élastique ou fluctuante qui, dans quelques cas rares, pourraient donner le change, vu leur situation profonde; mais elles sont presque toujours consécutives à des lésions de la vessie et du corps de l'utérus facilement appréciables.

Nous ne citons que pour mémoire l'*ossification du psoas iliaque* dont il n'existe qu'un seul cas (Legros, Soc. d'anat., 1809).

L'*anévrysme iliaque* est bien distinct lorsque nous avons affaire à une tumeur volumineuse et pulsatile; mais on sait qu'à la longue, par suite de la formation de caillots à son intérieur, elle peut devenir dure et cesser de donnner une pulsation évidente. Un examen attentif, le siège exact, la compres-

sion de l'artère éviteront une ponction ou une incision dont le résultat serait des plus fâcheux.

Il sera souvent difficile d'éliminer *l'abcès par congestion*. L'existence d'une poche iliaque fluctuante, presque confondue avec une tumeur du triangle de Scarpa ayant les mêmes caractères, la tumeur fessière pourront induire en erreur, parce que le siège de ces tumeurs circonvoisines est aussi celui des abcès ossifluents d'origine vertébrale. Nous nous rappellerons que la fluctuation crépitante, qui manque dans l'affection tuberculeuse, se retrouve presque toujours dans la tumeur de la racine de la cuisse d'origine hydatique. La recherche d'un point douloureux sur la colonne vertébrale devra être pratiquée avec soin. En dernier ressort, nous recourrons à l'incision, car, ici encore, la ponction n'a pas donné de résultats satisfaisants (Obs. II).

Il suffit de signaler, pour les éviter, la confusion possible avec les tumeurs de l'aine (lipomes, adénites, kystes par persistance du canal de Nuck, lymphadénome, hernies, kyste hydatique des ganglions dont le seul cas connu a été signalé par Dufau de Bordeaux). Un examen attentif des fosses iliaques permettra de se rendre compte de l'indépendance de ces tumeurs d'avec l'os coxal.

Ce que nous avons dit au sujet de l'ostéosarcome, nous pouvons le répéter à propos de la *coxalgie*. La confusion entre la coxo-tuberculose et le kyste hydatique des os du bassin est des plus faciles. Nous avons déjà appelé l'attention sur le rapprochement que l'on pouvait établir entre certaines formes de tumeurs hydatiques, ayant envahi l'articulation coxo-fémorale, et les lésions semblables dues à la tuberculose; nous allons maintenant placer les deux affections côte à côte dans leurs différentes périodes qui se correspondent, comme nous le savons.

La première période est très variable, nous ne l'ignorons pas, dans la coxalgie. Elle manque de netteté et, pour essayer de la fixer, on s'est plu à décrire des signes, comme celui du maquignon et de l'épreuve. Il est probable que, recherchés à cette même période dans le kyste hydatique, ces signes se retrouveraient, la faiblesse des membres inférieurs étant la même dans les deux affections. La douleur spontanée est plus rare et moins violente dans le kyste hydatique, mais on l'y retrouve et Viertel a même signalé la douleur du genou. La douleur provoquée occupe des points spéciaux dans la coxalgie; on la rencontre, quoique plus rare, dans la tumeur hydatique et l'on a signalé (Obs. XII) la douleur de la hanche par choc sur le genou. Si la question du diagnostic se pose à cette période, on voit que la confusion entre les deux affections est presque inévitable.

Elle est encore plus facile à la deuxième période : la tuméfaction de la hanche se présente avec les mêmes caractères, le palper faisant reconnaître un empâtement, une fluctuation qui ne décident de rien. L'attitude du membre inférieur, caractéristique de la coxo-tuberculose, se retrouve exactement semblable dans le kyste hydatique. La marche est pareillement gênée. Si nous venons à pratiquer le toucher vaginal ou rectal, pour rechercher le signe de Cazin, pathognomonique de la coxalgie acétabulaire, nous ne saurons dire si l'empâtement, la tuméfaction de la lame quadrilatère proviennent du gonflement de l'os par l'hydatide ou de son infiltration par la granulation tuberculeuse.

Enfin, à la troisième période, comment distinguerons-nous les diverses tumeurs circonvoisines dues au kyste hydatique des abcès circonvoisins de la coxo-tuberculose qui occupent le même siège? Et pourrons-nous éviter l'erreur si, comme dans le cas de Trendelenburg (Obs. VII), l'une des tumeurs vient à

s'ulcérer en donnant écoulement à du pus mal lié, ressemblant à s'y méprendre au liquide de la tuberculose osseuse?

A quelque phase de la maladie que nous nous adressions, nous voyons que les points de contact sont si nombreux, les différences si minimes, que le diagnostic est très difficile et s'appuie presque entièrement sur des symptômes variables, comme la douleur.

Si nous ajoutons que la coxo-tuberculose est essentiellement polymorphe, nous conclurons que le diagnastic ne peut être fait dans bien des cas par les moyens habituels. Il nécessite l'incision exploratrice, car la ponction, comme nous pouvons facilement le vérifier dans nos observations (Obs. VII et VIII), a toujours induit en erreur dans ces circonstances.

La confusion avec l'*ostéite tuberculeuse* est presque toujours aussi fréquente (Obs. II, III, V, VI, XII). Les douleurs vagues du début, prenant plus tard la forme névralgique, la longue durée de la période latente, l'existence d'une tumeur fluctuante presque indolente, les phénomènes médullaires, survenant dans les ostéites du sacrum, pourraient nous donner le change et la confusion pourra être d'autant plus facile, que l'on a vu des abcès de la fosse iliaque interne donner lieu à des prolongements fémoraux et fessiers, tout comme le kyste hydatique. Ici encore l'incision seule tranchera en dernier ressort.

Le désir d'être complet nous pousse encore à dire quelques mots du diagnostic entre les *kystes séreux* et les kystes hydatiques du bassin.

Les kystes séreux, étant d'origine congénitale, on pouvait supposer a priori que la simple recherche de ce caractère serait suffisante pour éviter une erreur toujours possible. Mais si l'on veut bien réfléchir que les kystes séreux, de même que les kystes branchiaux, peuvent, en dépit de leur origine, se montrer seulement à une période avancée de la vie, on conviendra alors que l'hésitation est parfaitement de mise.

Que trouve-t-on en effet dans les deux cas? une tumeur liquide à contours arrondis, développée lentement sans retentissement sur l'état général, sans envahissement des ganglions. Et cependant le diagnostic est possible.

Une lésion hydatique du bassin osseux pourrait en imposer pour un kyste séreux, seulement au moment des collections périphériques, c'est-à-dire à une époque avancée, à une époque où les lésions osseuses sont facilement appréciables. Il suffira donc, pour faire le diagnostic, de palper méthodiquement la région; on trouvera alors, dans le cas de kyste hydatique, un os volumineux, boursouflé, hérissé de pointes présentant même par places de véritables pertes de substance.

Nous supposons notre diagnostic établi; il s'agit d'un kyste hydatique de la ceinture pelvienne. Il nous reste encore un certain nombre de questions à trancher.

La première qui se pose est celle de savoir quel est l'os atteint? Plusieurs cas peuvent se présenter. Parfois l'un des os coxaux seul sera malade (Observ. IV), d'autres fois le sacrum est seul lésé (Observ. XVII), presque toujours les deux os sont simultanément pris, et alors, la lésion peut prédominer du côté de l'os coxal, c'est le cas le plus fréquent, ou être au contraire plus accentuée du côté du sacrum (Observ. XVIII). Nous n'envisagerons pas successivement ces différents côtés de la question; on la résoudra facilement en relisant ce que nous avons dit plus haut.

L'os coxal étant pris, nous devons rechercher si l'articulation est atteinte. Nous nous sommes assez étendu plus haut sur ce sujet pour n'avoir pas à y revenir.

Le sacrum est atteint. Nous devons nous demander si les filets nerveux qu'il renferme sont détruits ou simplement comprimés.

Enfin, nous devrons toujours essayer de nous rendre compte

de l'étendue et du degré d'évolution de la lésion osseuse et de la nature du liquide contenu dans la poche. Il est difficile ici de tracer des règles précises à ce sujet; c'est à l'analyse raisonnée des signes observés que l'on devra s'adresser pour résoudre ces différentes questions; rappelons seulement que la constatation de la fluctuation crépitante est un indice certain de destruction de l'os coxal. La paralysie de la vessie qui dénote une lésion des troisième et quatrième nerfs sacrés, peut, elle aussi, en une certaine mesure, nous renseigner sur l'étendue de la lésion sacrée.

PRONOSTIC

En étudiant la marche du kyste hydatique des os du bassin, nous avons vu que, sur 18 cas, trois fois seulement la guérison ou l'amélioration ont pu être observées. Le pronostic doit-il donc toujours être fatal, et devrons-nous considérer comme à peu près sûrement condamné tout malade se présentant à nous atteint de cette affection?

Ce serait conclure beaucoup trop vite. La statistique ne nous donne que des résultats bruts; nous allons les analyser, et peut-être arriverons-nous à les rendre moins pessimistes.

Sur les 18 cas dont nous rapportons les observations, 15 appartiennent à l'os coxal, 3 seulement au sacrum; occupons-nous d'abord des premiers :

Nous sommes sans indication sur l'évolution de deux d'entre eux (Obs. XI et XIV). Dans deux cas il n'y a eu d'intervention directe d'aucune sorte. L'un des malades (Obs. I) est mort de cachexie hydatique. L'autre (Obs. XIII) est morte en couches. Restent 9 cas où l'on est intervenu. Dans un cas (Obs. I), on a eu recours à la ponction simple qui a été suivie de mort rapide, à la suite d'accident septique. Dans 5 cas (Obs. III, V, VI, VIII, XII), on est intervenu, presque toujours après ponction antérieure, par l'incision suivie ou non de lavages modificateur ou antiseptique. La mort est toujours survenue par infection au bout d'un certain temps.

Dans un cas (Obs. VII), il y a eu intervention par résection, mais résection du fémur par suite d'une erreur de diagnostic.

La lésion a continué à évoluer vers une terminaison fatale, malgré une nouvelle intervention portant toujours sur le membre inférieur. Dans deux cas seulement l'intervention a été sérieuse et a consisté, soit dans l'incision avec destruction des tissus malades, soit dans la résection de l'os infiltré. Dans le premier cas (Obs. XV), la malade vit encore et rien ne fait prévoir un dénouement fatal. Dans le second (Obs. IV), elle s'est retirée complètement guérie et l'affection n'a jamais récidivé.

Il nous semble résulter de ce que nous venons de dire, que nos conclusions primitives doivent être modifiées et remplacées par les suivantes : 1° *En cas de non intervention, mort certaine, pronostic fatal;* 2° *En cas d'intervention incomplète, récidive ou accidents septiques, mort certaine, pronostic fatal;* 3° *En cas d'intervention sérieuse, guérison presque assurée.*

Il nous suffit de relire nos trois observations de kystes hydatiques du sacrum, pour voir que ces conclusions s'appliquent entièrement au pronostic des lésions de cet os. Dans un cas (Obs. XVIII), on n'intervint pas et la malade succomba à l'infection. Dans un second (Obs. XVI), l'intervention fut bornée à une simple ponction et la mort survint encore par infection. Dans un troisième enfin (Obs. XVII), l'intervention fut plus sérieuse et la malade sortit de l'hôpital définitivement guérie.

TRAITEMENT

Ce que nous avons dit de la marche de la maladie toujours progressive, joint à la certitude d'une terminaison fatale en cas d'abstention ou d'intervention incomplète, nous montre qu'il faut intervenir et qu'il faut le faire sérieusement toutes les fois que la chose est possible. Quand devons-nous intervenir? De quelle manière? Dans quels cas l'intervention est-elle inutile ou impossible? Telles sont les questions que nous allons essayer de résoudre dans ce chapitre.

« Pour réussir, dit Gangolphe, il faut opérer vite et largement ». Jamais ce précepte général ne fut plus vrai qu'appliqué au kyste hydatique des os du bassin.

Il faut opérer vite. C'est la réponse à la première question que nous nous sommes posée. Il s'agit de lésions essentiellement envahissantes. Que sa marche soit lente ou rapide, l'affection suit toujours son cours; la durée seule varie, le résultat est le même. Les hydatides de la cavité centrale peuvent dégénérer; celles des zones d'infiltration périphérique continuent leur œuvre d'accroissement et de destruction. Il faut donc se hâter d'intervenir avant que le délabrement de l'os ne soit considérable, opérer, autant que possible, avant que le contenu du foyer n'ait dégénéré, et toujours avant que la santé du malade ne soit trop altérée.

Il faut opérer largement. L'étude des lésions nous a montré qu'à côté du point primitivement atteint, existe une zone d'envahissement radiée, où les vésicules encastrées dans les alvéoles du tissu spongieux se dérobent à nos investigations.

Toute méthode qui n'agira pas sur ces hydatides, qui se contentera de s'attaquer au foyer central, ne sera donc que palliative et nullement curative. L'intervention, pour être active, doit dépasser les limites de la zone malade, agir sur ce que nous voyons et sur ce qui se cache à nous. Examinons quels sont, parmi les procédés à notre disposition, ceux qui réalisent cette condition indispensable à la réussite finale.

Nous ne parlerons que pour mémoire du *traitement purement médical*. Le chlorure de sodium et l'iodure de potassium ont joui longtemps d'une grande vogue, comme antidotes des hydatides, mais sont aujourd'hui complètement délaissées.

Nous avons *combattu* la *ponction* comme moyen de diagnostic. Nous la rejetterons complètement comme procédé de traitement. Son rôle peut se résumer en ces quelques mots : elle crée une petite ouverture pour l'évacuation et ouvre une grande porte à l'infection.

D'ailleurs, elle ne saurait avoir aucune action sur le parasite, et la tumeur ainsi évacuée se reconstituerait à nouveau, sans qu'un arrêt quelconque pût être observé dans son évolution.

La *ponction suivie d'injections de liquides antiseptiques* ne vaut guère mieux. Elle n'empêche pas l'infection de ces cavités anfractueuses; dans ces affections multiloculaires, elle n'agit que sur une partie de la tumeur, sans jamais atteindre, en général, la zone d'infiltration.

L'*incision simple*, excellent moyen de diagnostic, ne réalise qu'une partie des indications d'une intervention active, puisqu'elle ne s'attaque nullement au parasite. Suivie de lavages antiseptiques, elle mérite les reproches déjà faits à la ponction modifiée de la même manière.

Il faut donc avoir recours à des moyens de traitement plus énergiques, qui s'attaquent aux vésicules cachées, soit en bri-

sant les parois alvéolaires qui nous les dérobent, soit en supprimant toute la zone osseuse dans laquelle nous soupçonnons l'existence de ces hydatides. Nous atteindrons ce résultat par l'incision suivie du curettage, ou par la résection de la partie malade.

L'*incision avec curettage* trouve ses indications à la fin de la dernière période, pendant la seconde et au début de la troisième, alors que l'os n'est pas encore trop altéré. La pratique est des plus simples. Prenons le cas le moins compliqué, celui où l'os est seul atteint. Les tissus mous seront incisés au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur; on arrive ainsi sur la région malade. Si l'os n'est que boursouflé, il faudra le trépaner largement; s'il est érodé, il ne faudra pas craindre d'élargir l'ouverture spontanée déjà produite, pour vider complètement la poche; puis, il faudra faire un curage méthodique comme pour les affections tuberculeuses, détruire les aréoles, et cela bien au-delà de la lésion, pour être sûr de ne rien laisser; il ne faudrait pas hésiter à trépaner les deux tables de l'os, pour avoir au besoin plus de jour. Mais souvent, malgré l'énergie de ce curettage, on aura peine à débarrasser le tissu spongieux de toutes ses vésicules. Dans le cas, plus compliqué, où il existe des tumeurs circonvoisines, il faudra porter son action successivement sur chacune d'elles. On les incisera, puis on détruira une à une toutes les cavités, surtout à la région fessière où elles sont particulièrement nombreuses. L'intervention sur l'os sera la même que dans le premier cas.

Cette opération devra être suivie d'une série de grands lavages à l'eau bouillie; on ne les cessera que lorsque le liquide sortira à peu près limpide, c'est-à-dire lorsqu'on sera à peu près certain de s'être débarrassé de tous les produits mortifiés ou détruits par l'instrument tranchant; on complètera par une irrigation avec un liquide antiseptique. La cavité ne

devra pas être complètement fermée, et l'on devra établir un drainage sérieux, de manière à amener l'écoulement des liquides, seul moyen d'empêcher l'infection à laquelle on a vu tant de fois les malades succomber. Gangolphe conseille au préalable d'employer le fer rouge, dont l'action réveillerait les propriétés ostéogéniques paralysées de la moelle et du périoste. Il nous semble que l'on pourrait avantageusement supprimer ce temps de l'opération, en substituant au drainage par le procédé de Chassaignac, le drainage à la gaze iodoformée; il assurerait beaucoup mieux l'écoulement, dans une cavité anfractueuse, comme la caverne de l'os et, par son irritation, favoriserait l'ostéogénèse et le bourgeonnement destinés à combler cette vaste perte de substances.

La suppuration qui s'établit à la suite de cette intervention est de très longue durée. Aussi, n'insistons-nous pas sur la nécessité de soutenir les malades par une médication tonique et une alimentation reconstituante.

La *résection* pourra être *partielle* ou *totale*. La *résection partielle* s'adresse surtout au début de la première période et aux lésions facilement accessibles, comme le sont celles de la crête iliaque; nous la préférons de beaucoup, lorsqu'elle est possible, au premier procédé, parce qu'elle a l'avantage de nous permettre d'éliminer tout l'os malade et de ne pas être suivie d'une longue suppuration dont les malades déjà affaiblis ne peuvent pas toujours faire les frais.

Nous n'avons pas à tracer ici un manuel opératoire qui variera avec chaque cas. Contentons-nous de redire qu'elle doit être aussi large que possible.

Jamais on n'a eu encore recours à la *résection complète* ou *presque complète;* elle trouverait cependant ses indications dans un état de délabrement prononcé de l'os coxal, comme on le rencontre dans les observations (Obs. IX, XIII), et nous croyons

qu'à ce moment elle est la seule opération possible. Le manuel opératoire serait le même que celui de Roux (de Lausanne) et l'os serait évidemment extrait par fragments. Il faudrait autant que possible conserver l'ischion, d'ailleurs rarement atteint, à cause des muscles très importants qui s'y insèrent.

Nous avons omis, à dessein, de parler de la désarticulation inter-iléo-abdominale, préconisée par Jaboulay dans les cas de tumeurs malignes de l'os étendues au fémur, ce que réaliserait un cas de tumeur hydatique ressemblant à celui de Trendelenburg (Obs. VII). C'est plutôt pour nous un exercice de médecine opératoire sur le cadavre qu'un traitement sérieux, et nous la croyons condamnée au sort qu'elle semble réserver, d'après la statistique, à ses opérés.

Abordons maintenant, pour être complet, la question des *contre-indications* de l'opération des kystes hydatiques du pelvis.

Nous ne croyons pas que le délabrement prononcé de l'os suffise pour faire rejeter l'idée d'intervention, car il sera toujours justiciable de la résection totale.

La *généralisation* pourra nous arrêter. C'est au chirurgien à bien peser les motifs qui doivent diriger alors son action, et l'on comprend que nous ne puissions entrer dans de plus longs détails à ce sujet. Quant à l'*état général*, il pourra être un motif d'abstention. Nous ne devons jamais oublier que, dans la plupart des cas, nos opérés auront à faire les frais d'une abondante suppuration; avant d'intervenir, il faudra donc bien nous rendre compte de leur degré de résistance probable. Au besoin, on pourra différer l'intervention en mettant le malade, par un régime approprié, dans de meilleures conditions pour la supporter. Mais il ne faudra jamais perdre de vue que la cachexie et l'infection le guettent, et que l'opération est pour lui le seul moyen de les éviter.

KYSTE HYDATIQUE ET GROSSESSE

L'étude d'une affection du bassin appelle toujours une partie obstétricale. *A priori,* il semble qu'une tumeur telle que le kyste hydatique, débutant par un boursouflement de l'os qui porte, sur la fosse iliaque interne, et qui intéresse toujours à un moment donné l'arrière-fond du cotyle, ait une grande importance au point de vue de l'accouchement.

Plus tard, la disparition presque complète de l'os coxal, qui amène la suppression d'une moitié du support pelvien, nous paraît mériter l'attention de l'homme de l'art dont l'intervention peut être nécessaire à un moment donné, surtout si nous nous rappelons que la statistique semble démontrer une plus grande fréquence de la lésion chez la femme. Guidés par ce raisonnement, et par une observation très nette personnelle de dystocie, survenue dans de semblables circonstances, nous nous sommes proposé de faire une étude sérieuse de l'affection au point de vue obstétrical.

Malheureusement, nous avons vainement cherché des documents nombreux à ajouter aux nôtres dans le traité d'un maître ou le travail d'un devancier. Les kystes hydatiques des parties molles sont décrits avec un luxe de détails qui étonne presque; il est à peine fait mention des kystes de la paroi osseuse. Pinard, dans un article d'ailleurs excellent sur les tumeurs hydatiques capables d'amener des troubles dans la marche de l'accouchement, semble ignorer leur existence. Gangolphe, dans sa thèse d'agrégation, ne les considère pas comme susceptibles

d'être une cause de dystocie. Il ne fait qu'adopter ainsi, et tous ceux qui se sont occupés de la question le font après lui, l'opinion déjà émise par Porak (Des kystes du bassin au point de vue de la dystocie, *Gaz. heb.*, 1884). Ce dernier, dans sa monographie, signale cependant une observation de Pintos Pasella (Obs. XIII), dans laquelle une tumeur hydatique de l'os avait empêché l'accouchement, malgré forceps et crâniotomie ce qui avait entraîné la mort de la malade après 62 heures de travail. Il est vrai qu'il semble mettre en doute la nature hydatique du kyste, par suite de l'absence de crochets dans le liquide d'ailleurs dégénéré. Nous ne partagerons pas sa manière de voir, sachant qu'en pareil cas cette absence est la règle, et nous retiendrons cette observation. Jointe à la nôtre (Obs. XVIII), où nous voyons une femme, sans rétrécissement aucun du bassin, donner naissance à quatre enfants qui se présentèrent d'une façon anormale, et dont trois furent retirés morts après une intervention active, elle nous permettra de modifier les conclusions de Porak et de ceux qui pensent comme lui. D'autre part, nous n'ignorons pas que la grossesse exerce sur la tumeur hydatique une influence que nous avons à peine indiquée plus haut. Il y a donc là une réciprocité d'action que nous allons essayer d'analyser dans ce chapitre, en nous étendant surtout sur la recherche des causes qui peuvent amener dans ce cas la dystocie et nous faire pratiquer une intervention, qui variera suivant leur nature.

L'influence de la *grossesse* sur le développement des tumeurs du petit bassin est admise sans conteste. Nulle part elle n'est aussi nette que dans le kyste hydatique (Obs. IV, XII, XV, XVII). Ne joue-t-elle qu'un rôle simplement indicateur ? Il est certain que, la tumeur ne donnant parfois lieu à aucun trouble, on n'est amené souvent à pratiquer le toucher vaginal ou le palper qu'à l'occasion d'un accouchement, et la grossesse est

alors révélatrice. Mais, là ne se borne pas son rôle. Elle agit directement sur la tumeur, en favorisant l'infection parasitaire et en activant son développement. Nous savons que la grossesse entraîne deux modifications importantes dans la circulation du petit bassin : elle active la circulation artérielle et gêne la circulation des gros troncs veineux, qui se déchargent au profit des veines de la paroi. L'hypervascularisation artérielle a pour effet de charrier en plus grand nombre les parasites vers la ceinture pelvienne, tout en apportant en plus grande quantité des aliments à la tumeur. L'augmentation de volume des veines périphériques contribue à ouvrir les portes de l'os coxal aux embryons qui ont traversé le cœcum et l'S iliaque. Mais l'action la plus énergique est surtout due à l'accouchement. Il agit sans conteste par le traumatisme qu'il occasionne. Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit déjà de cette action, nous nous contenterons d'ajouter qu'ici le traumatisme obstétrical paraît agir plutôt sur le développement que sur l'ensemencement.

La grossesse a une action tout aussi manifeste sur le contenu des vésicules. La gestation n'entraîne pas leur dégénérescence, mais leur communique une plus grande vitalité. L'accouchement, au contraire, à la suite des opérations devenues nécessaires, des attritions que supporte la tumeur, doit fréquemment amener la mort de l'hydatide et ses conséquences, c'est-à-dire, la dégénérescence de la tumeur.

Aucune modification ne survenant du fait de la gestation dans les signes de la tumeur, le *diagnostic,* dans le cours de la grossesse, doit être posé comme nous l'avons dit plus haut; mais, au moment de l'accouchement, les conditions dans lesquelles il se présente nous offrent quelques particularités qu'il convient de signaler. Nous aurons à distinguer la tumeur hydatique, non seulement de celles des parois, mais encore de toutes les tumeurs intra-pelviennes, quelle que soit leur origine.

Le diagnostic, nous le savons, ne peut se faire à l'état normal que par exclusion; ici, il n'y faudra pas songer; nous agirons à l'aveugle, en considérant la tumeur comme un obstacle mécanique et nous préoccupant plus de sa réductibilité, de sa consistance que de sa nature. Si le kyste est encore intra-osseux, sa consistance nous fera croire à une tumeur solide et la question d'intervention seule devra nous préoccuper. Lorsque le kyste sera déjà en partie extra-osseux et qu'il aura envahi le tissu cellulaire pelvien (Obs. XV), nous nous trouverons en présence d'une tumeur molle, un peu résistante et nous pourrons la croire étrangère au petit bassin. Nous devrons donc toujours essayer de la réduire; nous n'y réussirons pas bien entendu ici et nous aurons alors à rechercher si la tumeur est solide ou liquide. Une ponction aseptique lèvera tous les doutes, en nous renseignant sur la consistance plutôt qu'en donnant écoulement à du liquide. Dans tous les cas, nous devrons rechercher avec grand soin dans l'aiguille, des débris de vésicules qui pourront parfois nous permettre de poser un diagnostic. Nous ne saurions conseiller l'incision de la tumeur vaginale, qui exposerait à l'infection de la poche.

L'action de la tumeur sur la grossesse est aussi manifeste. L'hydatide paraît agir sur elle de deux manières; par les produits de sa nutrition et par les modifications qu'elle entraîne dans la structure du support pelvien.

Nous savons que le liquide hydatique et le liquide dégénéré qui le remplace plus tard sont éminemment toxiques. Il est tout naturel de penser que l'action sur la mère doit se compliquer d'une action sur le fœtus. Les faits de passage des toxines du sang maternel dans le placenta fœtal ne sauraient plus être niés aujourd'hui, après les nombreuses recherches faites à ce sujet. Ici, leur action pourra se manifester de différentes manières. Tantôt, elles agiront simplement en amenant

une nutrition défectueuse, et alors l'enfant, à sa naissance, sera malingre, peu développé, et si une intervention obstétricale est nécessaire, elle lui sera souvent fatale. Il est probable qu'il a dû en être ainsi dans notre observation XV. Les trois enfants morts nés, et qui remuaient, au dire de la mère, avant l'intervention, étaient peu développés, et nous croyons que l'intervention, toute grave qu'elle ait été, ne saurait être complètement rendue responsable de leur mort.

Nous ne connaissons pas d'exemple de mort du fœtus par le seul fait de l'intoxication hydatique dans les kystes des os du bassin. Mais, notre pauvreté en documents cliniques et le peu de renseignements que nous y trouvons au point de vue obstétrical, nous obligent, on le comprend sans peine, à réserver notre jugement. L'impossibilité du fait n'est pas démontrée. M. le professeur Chambrelent nous a communiqué le cas personnel d'une femme, opérée depuis pour un kyste hydatique de l'ovaire et qui a toujours donné naissance à des enfants morts nés, et notre ami M. le Dr Dufilh a pu observer un fait semblable chez une de ses clientes atteinte de kyste hydatique du foie. Ces faits, sans être probants, méritent d'attirer l'attention, et peut-être l'expérimentation suppléerait-elle ici à l'insuffisance et à la difficulté d'interprétation des observations cliniques de ce genre.

L'étude approfondie que nous avons faite des lésions de l'os, nous explique facilement les troubles qu'elles vont amener dans la *marche* de la grossesse. Nous savons que la tuméfaction osseuse occupe parfois le pubis (Obs. III), plus souvent la face antérieure du sacrum (Obs. XVII), toujours la paroi interne du grand et du petit bassin. Il résulte de ce fait que le développement de l'utérus doit être forcément gêné. Il se trouve déjeté soit en anté, soit en rétro, soit en latéro version. Il n'existe pas d'exemples d'avortements à cette période, mais la

constatation de ce fait n'aurait rien d'extraordinaire, puisqu'on le voit souvent se produire dans des cas semblables.

L'utérus franchit le détroit supérieur, le fœtus peut alors se développer librement, vu le peu de volume de la tuméfaction osseuse. Mais, il arrive un moment où il doit se fixer dans une position quelconque pour se présenter d'une certaine façon. La tête rencontre une saillie dans la fosse iliaque; elle cherche à se caser de son mieux et n'y réussit pas; elle cède alors sa place à une autre région du fœtus, la face, l'épaule, le siège; il s'ensuit une série de mutations, et il pourra très bien se faire qu'en dernier ressort ce soit une région anormale, s'accommodant mieux de la lésion qui se présente. La clinique se trouve ici d'accord avec le raisonnement. Nous pouvons lire, en effet, dans l'observation XV, que le second enfant se présenta par l'épaule, le troisième, le quatrième et le cinquième par le siège.

Ces quatre présentations vicieuses successives ne peuvent s'expliquer que par une gêne dans l'accommodation, et la raison de cette gêne nous l'avons trouvée en opérant la malade; nous avons pu constater en effet à ce moment qu'il existait encore, quoique les lésions osseuses eussent beaucoup progressé depuis, une portion de la fosse iliaque interne gauche encore boursouflée. Le premier enfant seul se présenta bien, car à ce moment il n'existait pas d'altération de l'os, dont la découverte fut faite seulement après le deuxième accouchement.

Il est évident que les mêmes troubles se reproduiraient lorsque la coque a été détruite et que la tumeur est venue faire saillie à l'extérieur, sa consistance influant peu sur l'accommodation.

La marche de l'accouchement n'est pas moins modifiée. Ici, nous devons considérer plusieurs cas, en rapport avec le degré de la lésion osseuse. Tantôt, en effet, la lame compacte est conservée, tantôt elle est détruite, et le kyste a pris racine dans

les tissus mous; tantôt enfin il y a destruction presque complète de l'os qui n'est plus parfois, comme dans les observations IX, X, XIII, qu'un sac membraneux rempli de séquestres et dans la parois duquel existent à peine quelques restes de la charpente du bassin.

Que sera l'accouchement dans le premier cas? Si la tumeur est trop volumineuse, il sera impossible par les seules forces de la nature. Lorsqu'il se produira spontanément, il est évident que son mécanisme variera beaucoup; nous aurons affaire, en effet, à un bassin irrégulièrement asymétrique, dont les formes peuvent différer à l'infini; le mécanisme de l'accouchement sera donc tout aussi polymorphe.

Dans le second cas, nous pouvons avoir affaire à une tumeur assez volumineuse et peu réductible, et alors l'accouchement nécessitera notre intervention. Mais souvent la compression de la tête suffira pour détruire l'obstacle, car nous nous trouvons en présence d'une poche interne communiquant avec une caverne centrale et, par son intermédiaire, avec d'autres poches extérieures. Il est probable qu'il a dû en être ainsi pour le cinquième accouchement de la femme qui fait l'objet de notre observation XV. Nous pouvons y lire, en effet, que la tumeur perçue par le toucher vaginal disparut après incision des autres tuméfactions, ce qui dénote entre elles une communication large. Nous nous expliquons alors comment cette femme a pu avoir un accouchement normal, après plusieurs accouchements dystociques, survenus à une période où vraisemblablement la tuméfaction osseuse n'avait pas encore fait place à la tumeur molle que nous avons pu observer plus tard.

Le désir d'être complet nous amène à envisager l'accouchement dans les cas où la destruction de l'os coxal est encore plus grande et où il a perdu son homogénéité. Il est évident que nous aurons ici des variétés très nombreuses; mais, au

point de vue obstétrical, elles auront toutes le même résultat : celui de rendre l'accouchement spontané impossible. L'accommodation ne saurait se faire dans un bassin dont une moitié cède sous l'effort de la moindre pression, qu'elle soit détruite ou seulement fracturée en plusieurs endroits. Les présentations vicieuses seront la règle. L'engagement sera enrayé. Il ne peut se produire que si l'axe de la descente du fœtus correspond à l'axe du pelvis, et ici ce dernier sera forcément incliné vers le côté malade. Et, en admettant même, ce qui nous paraît bien difficile, qu'il en fût autrement, la tête du fœtus rencontrerait sûrement la saillie de la tête fémorale que nous retrouvons toujours dans le petit bassin, l'acétabulum étant détruit. Théoriquement donc, l'accouchement spontané dans ces conditions est impossible. Pratiquement, il en est de même. Il nous suffit de nous rappeler l'exemple cité par Pintos Pasella, pour voir qu'une intervention active est nécessaire pour amener l'expulsion du fœtus, et que cette intervention doit être hâtive et judicieusement choisie.

Ce que nous venons de dire nous montre l'influence du kyste hydatique sur le *pronostic* de la grossesse. Ce pronostic dépendra surtout, nous le voyons, du volume et de la consistance de la tumeur auxquels nous avons vu jouer un si grand rôle dans la question du mécanisme de l'accouchement Nous nous exposerions à des redites en entrant dans de plus longs détails.

La question d'*intervention* pourra se poser à nous à deux moments bien différents. Dans le courant de la grossesse, au moment de l'accouchement.

Dans le premier cas, nous devrons bien examiner notre malade. Si nous jugeons que l'accouchement pourra se terminer d'une façon régulière ou qu'une intervention ordinaire suffira pour l'achever, nous pourrons laisser la tumeur évoluer. Il va sans dire, que nous aurons toujours tenu compte

de son accroissement probable pendant la durée de la gestation.

Si nous jugeons qu'il faut intervenir, deux procédés bien différents s'offrent à nous : nous pouvons agir sur la tumeur ou nous adresser à la grossesse elle-même. C'est à nous de voir à laquelle des deux méthodes nous devons avoir recours et nous ne pouvons tracer ici de règles précises. Il est évident que la période de la grossesse, le volume de la tumeur, l'état de la malade devront intervenir activement pour fixer notre choix. Quoi qu'il en soit, nous supposons ce choix fait. L'intervention sur la tumeur ne diffèrera en rien de celle que nous avons préconisée dans le traitement général. Cependant, si la grossesse était trop avancée et qu'une intervention de cette nature s'imposât, on pourrait avoir recours à la simple incision, lorsqu'elle est possible, quitte à intervenir ensuite plus activement après l'accouchement.

L'intervention par action sur le fœtus consistera suivant les cas, soit dans l'avortement, soit dans l'accouchement prématuré, provoqué comme il conviendra et à l'époque que l'accoucheur jugera la plus favorable. Ici encore, nous ne pouvons tracer de règles générales, et c'est au praticien à juger lui-même du traitement à appliquer.

L'intervention au moment de l'accouchement variera avec le volume et la consistance de la tumeur.

Si la tumeur est dure mais très peu volumineuse, comme il arrive parfois au début de l'affection, on peut espérer triompher de l'obstacle par les moyens ordinaires et une simple application de forceps suffira. Lorsqu'au contraire le boursouflement osseux est considérable, il faudra recourir à la basiotripsie, qui ne réussira pas toujours (Observ. XIII) ou bien, après avoir bien pesé les indications de cette opération toujours si grave, à l'extraction du fœtus par la voie abdo-

minale. La symphyséotomie ne saurait ici être conseillée, car il ne faut pas oublier que l'on a affaire à un os malade et dont la vitalité est compromise. Il est difficile, surtout en pareille circonstance, de se rendre un compte exact de l'état de ces lésions. Le pubis peut être atteint, et une intervention portant directement sur l'os serait presque fatalement suivie à ce moment d'infection.

Si la tumeur est molle, dépressible (Obs. XV), on a beaucoup de chances de venir à bout de l'obstacle par l'intervention ordinaire. Parfois même, la tête du fœtus seule amènera une compression suffisante pour pouvoir se frayer un chemin (Obs. XV). Mais si ces moyens ne suffisent pas, il faudra intervenir plus activement, soit en agissant sur la tumeur, soit en s'adressant au fœtus. La simple ponction ici ne donnera pas de résultats et n'entraînera pas l'affaissement de la tumeur. L'incision a l'inconvénient d'exposer la malade à une infection presque certaine. Il ne faudra donc y recourir que s'il y a danger de mort immédiate pour la mère. On doit alors courir au plus pressé, débarrasser la parturiente du fœtus que l'on essaye de sauver en même temps qu'elle, et se préparer ensuite à traiter l'état infectieux. Dans le cas où il existe des tumeurs circonvoisines, nous savons qu'elles communiquent ensemble par l'intermédiaire de la poche centrale. L'incision devra être pratiquée sur la plus externe, la tumeur fessière en général, et la tumeur vaginale comprimée par la tête fœtale déversera son trop plein dans les autres et de là à l'extérieur, sans que le danger d'infection soit à redouter.

L'intervention par action sur le fœtus consistera en général dans la basiotripsie ou plus rarement dans l'extraction abdominale. Cette opération est grave, mais elle est souvent la seule planche de salut pour la malade, et il suffit de rappeler l'exemple cité par Pintos Pasella (Obs. XIII) pour comprendre que

notre assertion n'a rien d'exagéré. Ici encore, l'accoucheur se laissera guider par les circonstances dans le choix d'une intervention. Les difficultés qu'il aura à résoudre nécessiteront un examen approfondi de la situation qui variera suivant les cas, ce que nous ne saurions passer en revue dans une description générale.

DOCUMENTS CLINIQUES

Kystes hydatiques de l'os coxal ou avec prédominance des lésions de cet os.

OBSERVATION I

FRICKE (*Hamburg Zeitsch et d. ges. med.*, 1838, Bd. VII, p. 383).

Un homme, âgé de 60 ans, avait fait, dix-neuf années avant d'être vu par le professeur Fricke, une chute sur la glace ; depuis lors, il avait conservé des douleurs dans la hanche et la tubérosité sciatique ; il survint une douleur à la fesse à une époque qui n'a pu être précisée. Il existait, à la région de l'articulation iléo-fémorale, une grosse tumeur avec fluctuation, qui gênait la marche sans la rendre absolument impossible, et qui n'était pas douloureuse au toucher, bien que le malade y éprouvât fréquemment des douleurs spontanées qui se faisaient sentir aussi plus profondément dans le bassin et vers le sacrum. En apparence, le membre pelvien droit était allongé, mais en réalité, il était raccourci ; la fièvre hectique mit fin aux jours du malade. Le diagnostic avait été : abcès par congestion.

Autopsie. — A la partie supérieure de la cuisse droite, il y avait une tumeur volumineuse qui descendait depuis la région de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'au commencement du second tiers de la cuisse et s'étendait en dedans jusqu'au delà du pli crural interne, en arrière jusque sur la fesse du côté malade. Il s'écoule par une ponction une grande quantité de liquide semblable à de la soupe aux pois, avec de nombreux petits corps blanchâtres, demi-transparents, et de grandeur différente. Une incision montre, près du grand trochanter, et s'étendant jusqu'aux muscles fessiers, plusieurs cavités, parmi lesquelles une plus grande, était remplie

par une poche du volume du poing, qui contenait beaucoup d'hydatides très grandes ; des cavités plus petites existaient autour du ligament capsulaire : celui-ci était désorganisé. La cavité cotyloïde renfermait une grande quantité de petites hydatides plongées dans un liquide jaunâtre. A trois quarts de pouce au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, existait encore une poche transparente dont l'incision donna issue à une quantité prodigieuse d'hydatides ; cette poche se prolongeait dans le bassin, et deux ouvertures plus petites la faisaient communiquer avec la cavité cotyloïde ; entre les deux épines iliaques, il y avait une autre ouverture, qui laissa échapper un grand nombre d'hydatides par une pression exercée sur le bassin. A la face interne du muscle iliaque interne et du grand psoas, existait une caverne remplie d'hydatides et d'un liquide jaune ; cette caverne communiquait avec la bourse synoviale du muscle iliaque, et celle-ci avec l'articulation. Une grande cavité, formée dans le tissu spongieux entre les deux lames de l'iléon droit, fut ouverte par une incision ; elle avait le volume du poing et contenait une masse considérable d'hydatides ; elle comprenait, outre l'iléon, la plus grande partie de l'ischion et la branche horizontale du pubis. La voûte de la cavité cotyloïde était détruite et l'articulation communiquait avec la caverne par une grande ouverture ; la tête du fémur était rugueuse et cariée.

Les hydatides, véritables acéphalocystes, étaient d'un volume variable ; quelques-unes étaient d'un volume égal à celui d'un œuf de pigeon, tandis que d'autres n'avaient que celui de petites perles. Dans quelques endroits, on en trouva plusieurs renfermées dans un grand sac ; d'autres étaient libres et flottantes, sans qu'on put découvrir de membrane formée dans laquelle elles se seraient développées. La plupart des hydatides se trouvaient libres de cavité, les unes à côté des autres, à l'exception de celles placées près des parois qui, entourées de lamelles osseuses, y adhéraient souvent, mais lâchement. Les vésicules renfermées dans la cavité des os ne nageaient pas dans le liquide semblable à de la soupe aux pois, et il n'y avait que celles situées autour de la tête du fémur et devant l'os des îles, immédiatement sous la peau, qui fussent entourées d'un semblable liquide, car celui

qui se trouvait dans l'articulation était de nature différente. Il résulte donc de cet examen microscopique que le véritable foyer du mal était dans l'ischion et l'iléon; c'est là que la destruction des os est à la fois plus étendue et plus complète.

OBSERVATION II

STANLEY (*Disease of the Bones*, 1849, p. 189-193).

Femme de 44 ans, admise à Saint-Bartholomew's Hosp., pour une tumeur globuleuse située au-dessus de la région fessière, au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite, et dont le volume s'accroît progressivement depuis quatre ans. La ponction donne issue à un liquide purulent contenant une grande quantité d'hydatides et de fragments osseux. L'état général devient très mauvais : la malade succombe. A l'autopsie, on trouve de nombreuses vésicules dans l'intérieur de l'os iliaque droit et dans le sacrum. La structure aréolaire a disparu; il existe une large cavité contenant des hydatides; à la périphérie, on trouve des vésicules disséminées. Un grand nombre d'entre elles ont pénétré dans le canal sacré; d'autres ont envahi les muscles moteurs du rachis. L'ovaire droit contenait des acéphalocystes.

OBSERVATION III

DENONVILLIERS, (*Bull. Soc. Anat.*, 1856, p. 119).

La malade était âgée de 47 ans. Elle était entrée dans le service de M. Denonvilliers pour une tumeur qu'elle portait à la partie supérieure et interne de la cuisse. Cette tumeur, grosse comme le poing, était molle, non douloureuse à la pression. M. Denonvilliers pensait à un lipome ou à un abcès. Une incision a été pratiquée; il est sorti du pus; on n'a pas remarqué d'hydatides. L'examen le plus minutieux avec le stylet n'a pu rendre compte de la formation et de la cause de cet abcès. La malade a succombé trois jours après. Rien, pendant la vie comme après la mort, n'a pu expliquer cette mort imprévue.

A l'autopsie, on a trouvé un abcès situé derrière l'os pubis et le trou obturateur gauche. La portion horizontale du pubis était dénudée et infiltrée d'hydatides qui avaient envahi la portion verticale du pubis ainsi que la cavité cotyloïde, qui était perforée en deux endroits. Ces vésicules hydatiques n'étaient point enveloppées d'une membrane kystique. Elles semblaient infiltrées dans le tissu spongieux de l'os. Le pubis était dénudé sur sa face postéro-supérieure; le stylet, sur le vivant, ne pouvait point arriver sur la partie malade de l'os. L'abcès situé derrière le pubis communiquait avec l'abcès de la racine de la cuisse à travers le trou obturateur.

OBSERVATION IV

BARDLEBEN (*Berlin. Klinische Wochenschr.*, 1883, p. 825).

K..., âgée de 23 ans, accouchée au mois de novembre 1882, remarqua, dans le courant de janvier 1883, une tumeur développée dans la région inguinale gauche. La malade entra à la clinique gynécologique de l'Université; une incision fut pratiquée sur la tumeur, mais sans résultat; on acquit toutes fois la conviction qu'il s'agissait d'une lésion de l'os iliaque. Plus tard, le 17 avril, elle fut admise à la Charité dans le service de chirurgie de M. Wolff. Mon collègue fit, sur la tumeur qui avait beaucoup augmenté de volume, une incision longue d'au moins 10 centimètres grâce à laquelle il parvint profondément jusqu'au ligament de Poupart et trouva là, avec le doigt, un trajet fistuleux qui le conduisit jusqu'au niveau de l'ouverture supérieure du bassin. Il sortit un pus épais; le trajet fistuleux et la plaie furent lavés au sublimé 1/1,000. Mauvais état général, frissons, lorsque le 3 mai, en changeant de pansement, M. Müller trouva une vésicule hydatique, petite, mais dont la nature fut très nettement démontrée par le microscope. L'existence de crochets, la nature des membranes, ne permettaient aucun doute. La malade passa alors dans mon service; à ce moment, elle éprouva de vives douleurs dans la région hépatique, en même temps que se montrait de l'ictère, et que les urines étaient très chargées en ma-

tières colorantes biliaires. Je pensai alors à la possibilité de l'existence d'un kyste hydatique du foie : on sait que deux organes sont assez souvent atteints en même temps. Je l'ai observé pour le foie et le rein, par exemple. Le 7 mai, je fis une dilatation sanglante de l'orifice, de façon à pénétrer avec le doigt dans la cavité kystique pelvienne. Elle s'étendait à 6 centimètres au-dessus et à peu près autant au-dessous de la crête iliaque. L'exploration, à l'aide du doigt, permettait de se rendre compte que la tumeur située profondément était formée par une tuméfaction de l'os. A cette profondeur, on ne pouvait rien faire ; cependant, après m'être rendu compte du siège exact de la tumeur, de l'épaisseur de l'os (au moyen du doigt introduit dans la cavité et de la main placée à l'extérieur), je fis une incision à la partie postérieure de la crête iliaque, je décollai le périoste de la face externe et quelque peu aussi celui de la face interne, et je désinsérai les insertions musculaires. Il fut alors évident qu'il existait une colonie d'échinocoques dans l'os iliaque. J'enlevai alors avec le ciseau un segment osseux triangulaire de 6 centimètres de base, ce qui me permit d'ouvrir largement la cavité et d'enlever la plus grande partie de la paroi en avant et en arrière, et d'agir avec la curette sur le reste de la cavité. Ce faisant, je fis sortir encore un grand nombre d'échinocoques de grosseur variant entre celle d'un pois ou d'un œuf de pigeon. Après un lavage soigneux de la cavité, je réunis par la suture la plaie antérieure préalablement avivée. La plaie postérieure fut réunie en partie seulement et servit à placer un gros drain. La plaie est restée aseptique, l'ictère disparut en quelques jours et ne reparut plus ; la malade n'a plus souffert, sauf du repos au lit nécessité par une telle plaie osseuse et est sortie le 1er août guérie et en état de reprendre son métier de blanchisseuse.

L'ictère était donc du à une autre cause qu'une lésion hépatique.

Nous eûmes la pensée que l'affection avait pu envahir la hanche, ce qui était possible, étant donnée l'étendue de la cavité ; il n'en était rien, aucun symptôme pathologique ne s'étant montré du côté de cette articulation.

OBSERVATION V

VIERTEL. Ueber knochen echinococcen (*Archiv. von Langebech*, 1875, p. 487).

Femme de 25 ans, admise le 20 avril 1872 à la clinique chirurgicale de Breslau. Pas de maladies sérieuses pendant son enfance. A l'âge de 11 ans, chute sur la glace. Douleur assez vive dans la hanche droite ; néanmoins, la malade put se lever après quelques jours et marcher avec une canne. Pas de renseignements sur la situation et la position du membre après l'accident. Le raccourcissement paraît être survenu plus tard. Les douleurs dans la jambe et la hanche ont persisté en diminuant quelque peu sans jamais disparaître. Une cure balnéaire de quatre semaines amena une certaine amélioration. Il y a deux ans, chute sur le côté malade, d'où exacerbation des douleurs et gonflement plus marqué de la hanche ; la malade fut forcée de prendre le lit, qu'elle quitta au bout de trois semaines. Plus tard, elle remarqua dans la région inguinale droite qui était douloureuse, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, située au niveau de la symphyse pubienne, de consistance ferme et indolente à la pression et qui fut soignée pour une lymphadénite. Environ huit semaines plus tard, apparition d'une tumeur molle, fluctuante, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette tumeur dernière parue ne s'est guère accrue, tandis que la plus interne a augmenté sans qu'il y ait eu augmentation des douleurs ou de la gêne de la marche.

Etat actuel (2 mai 1872). La malade est vigoureuse et paraît en parfaite santé. Pas de lésions cardiaques ou pulmonaires. L'extrémité inférieure droite est raccourcie d'environ 2 centimètres dans l'abduction et la rotation en dehors avec lordose secondaire compensatrice. Les mouvements actifs de la cuisse droite sont impossibles. Les mouvements provoqués de flexion et d'expulsion agissent seulement sur le bassin sans déplacer la cuisse qui est fixe. Les fonctions du genou sont intactes. La moitié supérieure de la cuisse droite paraît plus épaisse que la région correspondante de la cuisse gauche, surtout en dehors. Dans la marche et la station, la malade porte le

membre dans l'abduction et la rotation en dehors, s'appuie seulement sur les orteils sans abaisser le bassin. Le tiers interne du pli de l'aine est le siège d'une tumeur arrondie, molle, se prolongeant en dedans jusqu'à la commissure supérieure de la grande lèvre, en dehors jusqu'à la gaine des vaisseaux, et ayant environ 12 centimètres de haut en bas; elle est comme divisée en deux par le ligament de Poupart. Son plus grand diamètre vertical a 13 centimètres, l'horizontal 12 centimètres; elle fait une saillie de 6 centimètres. Un peu d'intertrigo dans le pli qui la limite en dedans. Téguments normaux. Submatité à la percussion. Fluctuation évidente dans tous les sens. Consistance élastique, indolence à la pression. Les doigts perçoivent l'existence d'une membrane épaisse au-dessous de la peau. La tumeur paraît se prolonger au-dessous du ligament de Poupart. La main plonge dans la fosse iliaque sans rencontrer obstacle. La tumeur est mobile seulement de haut en bas et paraît siéger sur la branche horizontale et la symphyse pubiennes. A peu près, à la hauteur de l'épine iliaque antéro-inférieure droite, et séparée de 4 centimètres, on voit une seconde tumeur ayant 6 centimétres dans tous les sens et 3 centimètres de hauteur. Ses limites sont peu précises. Les téguments sont normaux. Submatité à la percussion. Mollesse, fluctuation évidentes. On peut, par la pression, réduire complètement cette deuxième tumeur et on arrive dans la profondeur sur le rebord osseux érodé, entre les deux épines supérieure et inférieure. On pouvait sentir certaines pointes de cette portion osseuse. Frémissement évident. A 3 centimètres au-dessus de la tumeur, submatité qui persiste encore en avant à 6 centimètres de la ligne blanche.

Cette zone est séparée du rebord costal par une région sonore, large de 5 centimètres. Dans la région correspondant à la submatité, on trouve dans la fosse iliaque une tumeur qui communique évidemment avec celle de la région inguinale. Une ponction exploratrice ne donna aucun résultat; il ne sortit pas de liquide, bien que l'instrument parut complètement libre dans une cavité. Quand on retira la canule, on vit qu'elle était obstruée par une masse membraneuse transparente, qui parut au microscope complètement amorphe et homogène. Quelques jours plus tard, nouvelle ponction. Issue

de sérosité puriforme, de détritus membraneux blanchâtres. Le microscope démontre l'existence de cristaux de cholestérine, de corpuscules calcaires et de scolex d'échinocoques.

13 mai. La malade éprouve de vives douleurs dans la région ischiatique et la partie postérieure de la cuisse droite. En même temps, phénomènes inflammatoires au niveau de la ponction. Le 18, l'ictère a diminué. Etat général bon. Depuis hier, suppuration profuse, à chaque lavage, issue de vésicules molles et de fragments osseux. Le pus s'écoule bien par deux drains de caoutchouc. Lavages et pansements à l'acide phénique. A l'intérieur, acide muriatique. Le malade a toujours dela fièvre, dort mal, n'a pas d'appétit; suppuration toujours profuse. On enlève cinq fragments osseux plus ou moins volumineux. La plaie commence à bourgeonner.

Le 26. Hier frissons, douleurs dans le côté gauche. On trouve une pleurésie gauche. Le 29, fièvre continue rémittente. Le matin, 38,8; le soir, 48,1. Pouls, 121. Depuis hier, douleurs dans le membre inférieur droit qui est œdématié. Etat général mauvais; affaiblissement, escharre coccygienne. Lavages répétés à l'acide phéniqne, quinine à l'intérieur. Le 31, extraction d'un séquestre de la grosseur d'un thaler. Suppuration copieuse, plus de signes de pleurésie. 2 juin, érysipèle de la hanche et de la partie externe de la cuisse jusqu'au genou. Le 3, le membre est œdématié en entier, augmentation des lésions du décubitus; pansements au vin camphré. Le 7, facies hippocratique, langue sèche, fulgineuse. Temp. 40,3; pouls filiforme 140. La suppuration a diminué. On enlève plusieurs fragments osseux contenus dans la grande cavité. Tous ont l'aspect carieux et une odeur fétide. Au moyen d'une sonde conduite dans le trajet osseux, on arrive au-dessous des parties molles, en dehors et plus bas que l'épine iliaque postéro-supérieure droite. Issue le jour suivant d'une sérosité puriforme et granuleuse. Fièvre, teinte ictérique des conjonctives, frissons dans la nuit; anesthésie au chloroforme; incision de la tumeur médiane dans l'étendue de 6 centimètres; adhérences du kyste avec les parois. Issue d'un litre de liquide purulent avec de nombreuses vésicules de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. Avec le doigt, on pénètre dans une cavité du volume du

poing, située entre la paroi abdominale et le péritoine épaissi et s'étendant jusqu'à mi-chemin de la symphyse à l'ombilic. La tumeur latérale ouverte donne issue à environ deux litres du même liquide; le doigt pénétra alors par un trou gros comme une pièce de 4 groschen, entre les deux lamelles de la crête iliaque, dans une cavité de la grosseur d'une tête d'enfant, tapissée de fragments osseux et s'étendant jusqu'à l'épine iliaque postéro-supérieure. Les deux cavités kystiques incisées communiquaient entre elles par un trajet étroit que le doigt ne pouvait atteindre; l'irrigation poussée dans la première, entraînait dans la seconde de petits séquestres. Les deux cavités débarrassées de leur contenu, sont irriguées avec une solution phéniquée, la plaie est recouverte d'un pansement phéniqué. On fait prendre du vin à la malade qui est quelque peu affaissée. Le 12, léger abaissement de température, diminution de la suppuration. La malade a quelques hallunations, tombe dans le collapsus et meurt.

Autopsie. — Râte un peu hypertrophiée. Foie et reins un peu congestionnés. Estomac, intestins, organes génitaux normaux. Epanchement fibrineux léger dans la cavité pleurale gauche. Toute la moitié droite du bassin est transformée en un sac membraneux, dont la paroi contient sous forme de lamelles osseuses, séparées les unes des autres (comme des séquestres), à bords irréguliers, toute la paroi pelvienne détruite. On peut plier, courber et comprimer la moitié droite du bassin, l'on a ainsi une sensation de crépitation. Sur l'os iliaque existe une cavitéde la dimension du poing, dont l'enveloppe, épaisse d'un centimètre, contient des lamelles osseuses; la surface interne est très sinueuse. A travers la cavité cotyloïde détruite passe la tête du fémur entièrement déformée; elle pénètre dans le bassin jusqu'au niveau de la première vertèbre sacrée. La membrane qui tapisse la cavité est d'un gris ardoisé, recouverte çà et là d'une substance molle, pulpeuse et de granulations du volume d'un pois à celui d'une noisette. D'avant en arrière, la cavité mesure 12 centimètres, elle a 9 centimètres dans le sens transversal; elle est ovoïde, à pointe dirigée en avant. Au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure, il y a dans les parties molles une ouverture grosse comme une pièce de 4 groschen. Sur la pièce macé-

rée, on note des détails très intéressants. A la place de la face externe de l'os innominé, existe une coque osseuse très incomplète, lisse au dehors; creusée de dépressions sur sa face interne, épaisse de 3 à 5 millimètres. On reconnaît encore l'épine et la petite échancrure sciatiques. On distingue encore quelques vestiges de la surface articulaire, dispersés çà et là sur le pourtour de la lésion; le fond de la cavité cotyloïde ressemble à la moitié d'une bombe qui ferait saillie dans le bassin; au moment de l'autopsie, elle avait été prise pour la tête du fémur. Il reste donc environ 8 centimètres de la crête iliaque; sa largeur est de 2 centimètres, mais le tissu osseux est complètement troué. La hanche ascendante et la tubérosité ischiatique sont intactes, comme la branche descendante du pubis; par contre, la branche horizontale de ce dernier est réduite à l'état de pointe. La tête du fémur manque complètement, l'extrémité supérieure du col est très irrégulière. Le grand trochanter offre une petite surface arrondie, qui s'articule avec un des points cités plus haut comme vestiges de la cavité cotyloïde; sur la partie antérieure et vers le milieu du col du fémur, existe une petite surface articulaire qui s'articule avec une partie correspondante de l'os iliaque; enfin, une troisième surface articulaire concave de haut en bas, convexe d'avant en arrière, était en rapport avec le pubis qui offrait en ce point une disposition inverse. En résumé, le col du fémur s'articulait par trois points avec l'os iliaque, de sorte que la surface externe de ce dernier os prenait son point d'appui sur le grand trochanter.

OBSERVATION VI

Resczey *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1876-1877, p. 285.

Julie V..., âgée de 25 ans, admise le 11 octobre 1895 à la clinique de Budapest. 4 ans avant son entrée, la malade éprouva brusquement de vives douleurs au niveau de la crête iliaque droite; peu de temps après, il survint à ce niveau une tumeur rouge, douloureuse, qui, huit jours plus tard, devint du reste indolente. Quelques semaines plus tard, apparition dans la région

fessière d'une tumeur de la grosseur d'une noix, qui s'est depuis lors continuellement accrue. Un an avant son entrée, la malade remarqua, à la face externe de la cuisse droite, une troisième tumeur qui a progressivement augmenté.

Etat actuel (11 octobre 1875). De taille moyenne, cette femme paraît en bonne santé et assez vigoureuse. Sur la fesse droite existe une tumeur arrondie, grosse comme une tête d'enfant, à surface lisse, et qui fait une saillie d'environ 4 centimètres. Elle s'étend du côté du sacrum et paraît dépasser par ses contours la ligne médiane de cet os. Sur la face externe du tiers supérieur de la cuisse, en arrière de la région trochantérienne, existe une tumeur analogue à la précédente, de la grosseur de deux poings, séparée de la première par une dépression peu profonde, dirigée dans la direction du pli fessier. Descendant presque au niveau du tiers inférieur de la cuisse, elle s'élève à 5 centimètres au-dessus de la cuisse, et s'étend en avant jusqu'au voisinage du pli inguinal. A environ 4 centimètres au-dessus de la ligne iliaque antéro-supérieure, existe une troisième tumeur de la grosseur du poing qui, par sa partie interne, paraît plonger dans le bassin. Toutes ces tumeurs sont recouvertes de téguments absolument sains : leur fluctuation est évidente dans tous les sens; elles sont mates et la température locale n'est pas modifiée. Elles communiquent entre elles et, autant qu'on peut le juger par le toucher, c'est par un orifice étroit. On sent des irrégularités de la crête iliaque, et la paroi interne du bassin offre une tuméfaction de consistance osseuse; on ne peut la faire mouvoir sur sa base. C'est à peine si ces tumeurs gênent un peu la marche; elles ne sont douloureuses ni spontanément ni à la pression. Submatité au niveau de la région de l'épine iliaque antéro-supérieure, dans l'étendue de 3 centimètres. Plus haut, zone sonore de 4 ou 5 centimètres séparant la région précédente de la matité hépatique. La malade éprouve de temps à autre des douleurs vésicales qui s'accompagnent même d'ischurie, bien que les urines ne présentent aucune altération. Pas d'autre affection qu'un catarrhe utéro-vaginal. Les phénomènes précédents, tumeurs communiquant ensemble, rugosités osseuses, conduisirent au diagnostic d'abcès consécutif à une périostite

chronique de l'os iliaque. Le 8 novembre 1875, ponction de la tumeur fessière au moyen d'un trocart de Flurant; on place un drain de 3 millimètres de diamètre. Il s'écoula environ 500 c. c. d'un liquide brun jaunâtre, épais, trouble, contenant des corpuscules de pus et de nombreux autres détritus. Lavages antiseptiques à l'acide phénique (2 0/0) et pansement avec l'ouate salicylée de Thiersch. Le soir même issue de 200 c. c. de liquide semblable au précédent; le jour suivant, il sortit environ 100 c. c. La température qui était à ce moment de 39,4, s'éleva plus tard à 40° et 40,2, pour retomber à 38,2 le 12 novembre. A ce moment, on observa l'issue de vésicules extrêmement nombreuses, grosses comme des pois, et qu'on reconnût être des vésicules femelles. On augmentait leur nombre en pressant sur la crête iliaque. Cette circonstance permit d'établir un diagnostic exact. On ouvrit alors plus largement l'abcès au moyen d'une incision de 6 centimètres, pratiquée dans le sens de l'axe longitudinal de la cuisse; issue de nombreuses vésicules. La température qui est de 37,8 le 13 novembre, s'élève le 15 à 39,2 et le soir même à 40,4. Sous l'influence de la quinine, la température s'abaisse de nouveau à 37,8. Il sortait seulement quelques vésicules femelles de la grosseur d'un pois, la sécrétion était peu abondante, sanguinolente. Le 22 novembre, douleurs rhumatoïdes dans l'extrémité inférieure gauche, calmées par le colchique. Le 23, frissons avec 39,2. Diarrhée qui disparut au bout de 24 heures, en même temps que retombait la température. Le 29, incision de la tumeur située au-dessus de la crête iliaque, ablation de la poche hydatique. La plaie était en bonne voie, la malade soulagée, lorsque le 9 novembre survint un frisson avec 39,3: deux jours plus tard, température normale. 20 novembre, escharre sacrée qui augmente rapidement d'étendue; sous l'influence de lavages à l'acide salicylique, elle était diminuée de moitié le 21 janvier 1876. Pendant ce temps, la plaie située au niveau de la crête iliaque était réduite au trajet du drain, et elle se ferma complètement lorsqu'on enleva ce dernier. Diminution de la cavité suppurante; amélioration générale. Le 23 janvier, temp. 40,2, il y a de la rétention; on incise et il sort du pus, et plus tard un liquide séreux, incolore et quelques vésicules femelles grosses comme des pois. Le 24, les tumeurs ont récupéré leur volume, la

peau qui les recouvre est chaude, rouge, douloureuse. L'escharre sacrée augmente d'étendue et de profondeur, issue de liquide abondant et de vésicules. On constate une fracture spontanée du col fémoral. Le 25, incision de 3 centimètres sur la tumeur iliaque, issue de 500 c. c. de liquide brunâtre et de nombreuses vésicules. La tumeur située sur la face externe de la cuisse est ouverte ; il en sort 700 c. c. de pus grumeleux, fétide. Lavage à l'acide phénique (2 1/2 0/0). Pansement salicylé de Thiersch. Le 19, frissons, perte de forces, et dans les jours qui suivent, dyspnée sans lésions appréciables des organes respiratoires. Elimination de portions osseuses par la surface de l'escharre. 13 février, nouveaux frissons. Mort.

Autopsie par Dollinger. Il existe dans l'abdomen au niveau de la crête iliaque, une tumeur grosse comme deux poings; crépitation au palper. L'extrémité inférieure droite est raccourcie de 5 centimètres, et dans la rotation exagérée en dehors. La mensuration est prise de la symphyse à la plante du pied (à cause de la mobilité de la crête iliaque). Au voisinage de l'épine iliaque, plaie de 2 centimètres, de même qu'au niveau du tiers inférieur de la cuisse droite et sur le bord droit du sacrum. Escharre sacrée, large comme une soucoupe. A la partie externe et antérieure de la cuisse, existe entre la peau et le fascia lata une cavité qui contient un liquide brunâtre, communiquant avec un abcès intra pelvien du volume de deux poings; au-dessus du muscle petit psoas, existe une cavité, grosse comme le poing, formée par une membrane épaisse de 1 millimètre et renfermant, à côté d'une vésicule grosse comme le poing d'un enfant, d'autres vésicules plus petites, arrondies, à parois minces et à contour clair. Les deux lamelles de l'os iliaque, écartées l'une de l'autre par des kystes du volume d'une noisette à celui d'un poing d'enfant, sont perforées en nombre d'endroits, de telle sorte qu'il ne reste plus de cet os qu'une sorte de charpente grossière. L'acétabulum est détruit; la tête du fémur a pénétré entre les lamelles de l'os iliaque jusque sur la partie droite, au niveau des 1er et 2^{e} trous. La moitié droite du sacrum, dans sa partie antérieure est trouée. Elle contient quelques lamelles osseuses, des vésicules mêlées à du pus. La tête et le corps du fémur infiltrés de kystes sont poreux et fragiles. Il existe une fracture à la base du col. Le tiers

supérieur de la diaphyse fémorale offre des altérations analogues. Rotation en dehors très marquée du fragment inférieur ; kyste hydatique de la grosseur d'une pomme dans le lobe supérieur du poumon droit.

OBSERVATION VII

TRENDELENBURG (*Verhandl. d. deutsch Gesellsch. für Chirurgie,* 1881, Bd. 10, p. 60, 61).

M. Trendelenburg (de Rostock) : « Les deux fragments osseux proviennent d'un sujet âgé de 56 ans environ, entré à l'hôpital avec tous les signes de la coxalgie. Depuis plusieurs années, ce malade souffrait de la hanche droite et boitait fortement. L'articulation était immobilisée dans la position habituelle de la coxalgie ; il existait de la fièvre et un trajet fistuleux donnant issue à une suppuration peu abondante. La palpation montrait que la surface interne de l'os iliaque était soulevée, et par le toucher rectal on constatait aussi une tuméfaction osseuse notable au niveau du fond de la cavité cotyloïde. Je pensai alors à une perforation de l'arrière cavité cotyloïde avec production d'abcès à la face interne du bassin. L'extension parut soulager tout d'abord le malade, mais son état empirant, la résection fut décidée. Cette opération permit de constater que le revêtement cartilagineux de la tête articulaire était mieux conservé que n'aurait pu le faire supposer la longue durée de la maladie. La jointure étant largement ouverte, il sortit, à notre grande surprise, une petite vésicule que l'on reconnut être une hydatide : on ne tarda pas à se rendre compte qu'il s'agissait d'un envahissement par les échinocoques de toute la moitié droite du bassin. L'acétabulum était transformé par une cavité de la dimension du poing, limitée par des parois osseuses et pleine de vésicules blanchâtres de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois. Dans cette cavité se trouvait aussi un séquestre, complètement infiltré de vésicules. Le voici, et vous pouvez voir, Messieurs, que chaque maille du tissu osseux contient une vésicule. Cette infiltration des échinocoques dans le tissu osseux rappelle celle des noyaux cancéreux, dans l'ostéo-malacie cancéreuse. Des recherches

ultérieures ont montré que les petites vésicules disséminées sous le tissu osseux étaient stériles, et que les plus grosses seulement, libres dans la cavité, avaient atteint leur complet développement. Il s'agissait donc d'un kyste hydatique multiloculaire du bassin osseux ayant ouvert la hanche et déterminé tous les signes d'une coxalgie. Quant au traitement, après avoir enlevé les vésicules et les fragments osseux libres dans la cavité, je fis la résection de la tête, du col et des deux trochanter, je pouvais à cette seule condition, espérer un libre écoulement des liquides. Le malade est maintenant guéri, après une suppuration abondante et l'issue de nombreuses vésicules. Dans son travail sur les échinocoques des os, Viertel a réuni cinq cas de lésions pelviennes, tous sont morts.

Nota. — Il y eut récidive et le malade succomba quelques mois plus tard, quelques heures après la désarticulation de la hanche.

OBSERVATION VIII

PIHAN (*Bulletin Soc. anat.*, 2e série, 1860, p. 263).

X..., âgé de 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le Dr Robert, suppléé par M. le Dr Bauchet, dans les premiers jours du mois d'août 1860. Ce garçon, d'apparence vigoureuse, faisait partie d'un régiment de cavalerie, lorsque, à la suite d'une chute de cheval, il fut porté à l'hôpital, pour y être traité d'une violente contusion de la fesse et de la hanche droites. Malgré l'absence de toute lésion grave en apparence des os ou de l'articulation, le séjour de deux mois dans les salles ne le rétablit qu'incomplètement, ne lui permit de reprendre que momentanément son service et le malade ne tarda point à rentrer à l'hôpital malgré les médications diverses employées contre la douleur persistante de son articulation et la gêne des mouvements; il fut bientôt réduit à ne pouvoir faire quelques pas qu'à l'aide d'une béquille, qui lui permettait de progresser, tout en conservant la cuisse dans l'abduction et la flexion sur le bassin. Au bout d'un an écoulé sans amélioration, le malade fut réformé, et après un séjour d'une seconde année dans

les hôpitaux militaires, et de quelques mois chez lui, il entre à l'Hôtel-Dieu. La cuisse est portée dans une forte abduction avec flexion sur le bassin ; la fesse droite est très tuméfiée, douloureuse à la pression et laisse reconnaître une fluctuation obscure et profonde. Cette tuméfaction se prolonge jusque vers le cinquième supérieur de la cuisse. Impossibilité des mouvements du membre, si ce n'est dans un rayon très restreint, et avec des douleurs extrêmement vives. L'aspect du bassin et de la cuisse est celui qu'on rencontre dans la coxalgie avancée avec raccourcissement du fémur. En tout cas, le raccourcissement apparent est considérable, les mouvements communiqués sont extrêmement douloureux et les mouvements volontaires impossibles. Ensellure lombaire et décubitus latéral sur le côté gauche palpation légère du côté malade à peu près indolore. Un coup de bistouri dans la tumeur fluctuante, donne issue à une énorme quantité de pus inodore (environ deux litres trois quarts) et permet, après quelques tâtonnements, de porter un stylet sur l'os dénudé. En présence d'un si vaste foyer, d'une lésion de l'os et de l'articulation qui, quelle qu'en fût la cause, devait par son ouverture et l'introduction de l'air, accélérer la marche des accidents, M. le Dr Bauchet crut devoir employer le drainage pratiqué au moyen de sétons tubulaires multiples dont le but était, moins de donner écoulement au pus que de permettre un libre accès et une libre sortie à l'air, et donner la facilité de laver le foyer avec des injections iodées. Malgré ce traitement, aidé d'une nourriture et d'une hygiène aussi réparatrice que possible, le malade s'affaiblit, il fut pris de fièvre hectique et succomba le 10 octobre 1860.

Autopsie. — Au niveau du foyer purulent disséqué couches par couches, à la face interne de la paroi, on tombait dans une vaste cavité remplie de pus, de fragments osseux et de petites poches blanches, demi-opaques, variant du volume d'un grain de millet à celui d'une grosse fève, et qu'on reconnut immédiatement pour être des poches hydatiques. L'examen pratiqué dès lors avec le plus grand soin nous montre que toute la portion iliaque de l'os de la hanche offrait une lésion fort rare et fort curieuse. Ses deux tables interne et externe écartées, amincies, formaient les parois d'une

vaste cavité creusée dans l'épaisseur même de l'os et ayant à sa partie moyenne 6 centimètres et demi, distance qui séparait à ce point les deux tables l'une de l'autre. Ces deux tables elles-mêmes étaient usées en partie, n'offrant plus que des lamelles épaisses de 2 ou 3 centimètres de diamètre, isolées les unes des autres et adhérant aux parties molles qui les soutenaient; elles permettaient, grâce à leur induration, de constater leur rapport exact et maintenaient béante la cavité limitée par les tables intactes de l'os. Toute la substance spongieuse de l'os, complètement nécrosée, formait des séquestres de dimensions variables, depuis la poussière osseuse jusqu'à celui de fragments de la grosseur du pouce contenus dans cette cavité et s'entremêlaient aux masses hydatiques qui la remplissaient. Celles-ci, développées dans l'épaisseur de l'os, occupaient non seulement l'espace compris entre les deux tables écartées, mais s'étendaient encore dans les interstices des muscles du bassin, interstices disséqués par la collection purulente formée à la face externe du bassin. La cavité cotyloïde détruite permettait à la tête fémorale de faire saillie dans le bassin jusqu'au niveau du petit trochanter; cette tête était presque complètement détruite et n'offrait qu'un cône usé et aminci, surmonté d'une faible portion restante de la sphère de la tête fémorale. L'os iliaque n'était pas le seul atteint; l'articulation sacro-iliaque était envahie; la partie antérieure des deux premières vertèbres sacrées est détruite et une grande échancrure est creusée dans les deux premières vertèbres lombaires. Des poches hydatiques remplissent ces cavités; elles pénètrent par les trous sacrés et occupent en grande partie les muscles de la gouttière sacrée et s'infiltrent dans leurs interstices. Les nerfs lombaires et sacrés ne sont nullement comprimés; le canal vertébral n'est point envahi. L'examen minutieux des autres viscères n'a fourni rien à noter; le foie, le rein, le cœur, la rate, les poumons, le cerveau ne contenaient pas d'hydatides et l'os iliaque était le seul point où, consécutivement à la contusion, elles se sont développées.

OBSERVATION IX

ROKITANSKY. (*Pathologische anatomie*, t. II, p. 141.)

Dans un cas, l'os iliaque du côté gauche, chez un homme, était transformé en un sac fibreux de la grosseur d'une tête d'enfant, à la surface interne duquel étaient des fragments osseux et des vésicules d'échinocoque variant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noix. De petites tumeurs saillantes dans la cavité pelvienne siégeaient sur le pubis, l'ischion et le sacrum. Ces vésicules étaient en partie libres, surtout les petites, réunies par groupes dans le tissu osseux dénudé et troué. Le fond de la cavité cotyloïde était complètement détruit, de telle sorte que la tête du fémur pénétrait dans l'intérieur du sac à échinocoques.

OBSERVATION X

GURLT-GELENKKR (S. 189-450.)

Il existe dans le musée de Saint-Bartholomew's Hospital, sér. I, n° 125, un cas dans lequel la plus grande partie de l'os iliaque est perforée, creusée de cavités; sur certains points même, surtout en dehors, le tissu osseux a complètement disparu. La cavité est remplie de kystes hydatiques qui s'étendaient dans le bassin, le sacrum, le canal rachidien, en même temps que le fond de la cavité cotyloïde présentait une solution de continuité.

OBSERVATION XI

FISCHER (*Archiv. für Klinich. Chirurg.*, 1875, p. 482.)

Fischer aurait observé, au commencement de l'année 1872, un fait d'échinocoques du bassin. Ce fait n'a pas encore été publié en détail.

OBSERVATION XII

Fontorbe, 1890 (Thèse de de Lavigne, 1893).

P... (Marie), 38 ans. Malade depuis 6 ans. Se plaint d'avoir des douleurs dans le pli interfessier droit. Ces douleurs s'irradient dans la région périnéale et la malade éprouve dans la région anale un sentiment de cuisson au moment de la défécation. Cette douleur aurait commencé pendant une grossesse il y a six mois. Appétit à peu près conservé. Ventre libre. Le toucher vaginal ne revèle rien d'anormal. On constate au spéculum un catarrhe de l'utérus. On constate l'existence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon dans la région sacrée droite de la colonne vertébrale, à environ trois centimètres de l'origine du pli interfessier. La peau qui recouvre cette tumeur est blanche, de couleur normale. Tumeur indolore, dure, élastique. Si on vient à la comprimer avec le doigt, elle fuit et disparaît, laissant à sa place une petite dépression. Le diagnostic porté est : abcès froid, 17 février 1880.

Au lieu d'une seule tumeur, on en découvre trois échelonnées dans la région fessière et dont la ligne contourne la crête iliaque pour gagner la région postérieure. Les deux autres tumeurs sont moins grosses et la dernière atteint le volume d'une fève. Ces trois tumeurs présentent les mêmes caractères de dureté, d'élasticité et de dépressibilité. Elles sont également indolores et sont séparées les unes des autres par de petites dépressions. L'articulation coxo-fémorale est déprimée, empâtée. La malade ne peut marcher sans le secours d'un bâton. Douleurs lancinantes dans la région coccygienne.

22 février : Les trois tumeurs ont augmenté de volume. La peau est chaude, rouge, dans un espace limité en bas par une ligne partant du sommet du pli de l'aine au coccyx, et par une ligne courbe, partant du pli de l'aine et contournant la crête iliaque pour descendre le long du sacrum. Tout cet espace est transformé en une large bosselure. Mêmes douleurs lancinantes dans le pli interfessier et au niveau de l'extrémité coccygienne.

Des trois tumeurs que l'on rencontre le long de la crête sacrée et sur le le contour de la crête iliaque, la troisième est la plus dépressible. En outre, en appuyant avec le doigt sur cette bosselure, on rencontre la surface rugueuse de l'os présentant de petits corps mobiles. Le 24 février, les tumeurs augmentent de plus en plus. La malade refuse toute intervention. 27 février : elle se décide ce matin à laisser faire une ponction. On retire de la poche la plus volumineuse une très petite quantité d'un liquide épais, brun jaunâtre, ressemblant à de la compote de pommes. Lavage avec eau boriquée. 28 février: Temp. 36,7. Crampes dans la jambe gauche. 30 févr.: escharre au niveau de l'extrémité coccygienne. Pansement au diachylon. 2 mars : nouvelle ponction donnant issue à une petite quantité d'un liquide louche, très épais. Injection d'éther iodoformé. La malade refusant toute intervention chirurgicale reste à l'hôpital jusqu'au 6 avril et demande son exeat. 28 avril : elle revient à l'hôpital. L'état général commence à devenir mauvais. On constate à la région sacrée non plus trois tumeurs, mais un seul abcès de la grosseur d'un œuf de poule percé au sommet d'un petit orifice. Par cet orifice sort une très grande quantité de pus jaune, brunâtre, très épais. Entre cet abcès et l'épine iliaque antérieure et supérieure, se trouve une région qui se déprime sous le doigt et où l'on constate de la fluctuation.

Douleurs assez vives dans toute la région iliaque, surtout sur le bord antérieur et supérieur de l'os. En frappant sur le genou, douleurs dans l'articulation coxo-fémorale. 6 mai : la malade se décide à se laisser opérer. Opération. Chloroforme. Incision de la tumeur. Il s'en écoule un liquide purulent dans lequel nagent des débris de membranes. On introduit le doigt dans la plaie et on s'aperçoit qu'une grande quantité du sacrum et de l'os iliaque est envahie par la tumeur hydatique. On agrandit la plaie et on tire avec un davier des morceaux d'os qui sont d'une grande friabilité. On enlève ainsi une bonne partie du sacrum et de l'os iliaque. On lave la plaie au sublimé et on y met deux drains. La malade a été vivement secouée par l'opération. Elle est très affaiblie. Les pansements sont faits régulièrement. Huit jours après l'opération, les parents voyant arriver la fin de la malade,

la font sortir de l'hôpital. Nous avons appris dans la suite qu'elle avait expiré le 14 mai.

OBSERVATION XIII

PINTOS-PASELLA (*in Corradi dell' ostetricia in Italia*, p. 1524, Cagliari 1878).

Une femme de 24 ans, boitant depuis 4 ans, eut un accouchement rendu difficile par la présence d'une tumeur du côté gauche du bassin. Les tentatives d'application de forceps et de crâniotomie ne furent pas suivies de succès, et la femme succomba sans être délivrée, après soixante-deux heures de travail. A l'autopsie, on constata que la paroi utérine, à gauche et en bas était amincie. La partie postérieure de l'acétabulum était enfoncée ; il y avait une fracture de l'ischion, et la tête du fémur était déplacée ; la branche horizontale du pubis était cariée et fracturée, mais les fragments étaient maintenus ensemble par du tissu fibreux. Toute la partie gauche de cette excavation correspondant à ces lésions était transformée en un sac présentant des fragments osseux et des cavités communiquant les unes avec les autres ; il contenait du pus et des hydatides, mais pas de crochets. Des tumeurs hydatiques semblables ont été trouvées à la face antérieure de l'ischion, du grand ligament sacro-sciatique gauche, et à la face antérieure du sacrum.

OBSERVATION XIV

M. Schnitzler a présenté à la Société império royale des médecins de Vienne un cas de kyste hydatique de la région inguinale et de la fesse gauche, qui avait débuté dix ans auparavant avec l'aspect d'une coxalgie. Il semble que la tumeur parasitaire ait eu son point de départ dans le squelette, et soit dans l'os iliaque, soit dans la tête fémorale.

Billroth ajoute qu'il ne connaît qu'un cas de ce genre, et encore n'en a-t-il vu qu'un dessin. Il espère que l'ouverture de ces poches pourra amener la guérison (*Bull. Méd.*, 1892, p. 136).

Malgré nos recherches, nous n'avons pu avoir aucun renseignement ultérieur sur le malade. Nous rangeons donc cette observation parmi les cas douteux. La description succincte que nous avons à notre disposition, semble cependant cadrer avec celle que nous avons donnée du kyste hydatique à la période des tumeurs circonvoisines.

OBSERVATION XV

(Communiquée par MM. Chavannaz et Larre au Congrès de gynécologie, obstétrique et pœdiatrie de Bordeaux, août 1895).

Marie F., 41 ans, ménagère, est amenée le 15 janvier 1895 à l'hôpital Saint-André, le 15 janvier 1895, salle 18, lit 17, dans le service de M. le professeur Demons.

Cette malade habite un hameau des Landes où elle s'alimente à un puits peu profond et dont l'eau, nous dit-elle, est très mauvaise. Son mari est chasseur et possède plusieurs chiens qui partagent le toit et souvent le lit conjugal.

Elle n'a jamais eu de maladies antérieures. Réglée à 15 ans. Mariée à 20 ans, elle a eu cinq enfants. Le premier est bien venu et est encore vivant.

Le second se présenta par l'épaule. On fit une version qui aboutit à l'extraction, d'ailleurs très difficile d'un enfant mort. Le troisième se présenta par le siège, mode décomplété et fut retiré mort. Le quatrième réclama l'intervention du forceps et eut le sort des deux précédents. Le cinquième se présenta par le siège, mode décomplété, et est encore en vie.

Tous ces enfants remuaient avant l'accouchement et sont venus au monde peu développés.

Après sa deuxième grossesse, il y a quinze ans environ, la malade constate la présence d'une petite tumeur dans la région inguinale gauche. Le médecin appelé diagnostiqua une hernie et ordonna un bandage porté sans réduction aucune de la tumeur pendant douze ans. Elle déterminait des douleurs

sourdes de faible intensité, localisées à son niveau et survenant surtout pendant la marche qui devint peu à peu impossible. Cette tumeur de l'aine grossit lentement, et cinq ou six ans après environ, elle atteignait le volume du poing. La malade devint alors enceinte et accoucha pour la cinquième fois. A la suite de cette grossesse qui fut la dernière, les douleurs augmentèrent d'intensité, se localisant alors dans l'aine gauche et le membre inférieur du même côté. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale devinrent de plus en plus difficiles. Le membre diminua peu à peu de longueur et la malade en vint à ne plus pouvoir marcher qu'avec des béquilles. Elle constata que la région fessière augmentait sensiblement de volume. Il y a deux ans, elle vit apparaître à la région sacrée une nouvelle tumeur, douloureuse à la pression, devenant de jour en jour plus grosse. Elle finit par rendre le décubitus dorsal de plus en plus pénible, et la malade sur les conseils de son médecin se décida à entrer à l'hôpital.

Examen le 16 janvier 1895.

Nous nous trouvons en présence d'une femme de taille moyenne très amaigrie, répondant mal aux questions qu'on lui pose.

Nous l'examinons d'abord dans son lit, et nous constatons que la région fessière est occupée par une tumeur considérable, s'étendant à la partie supérieure de la cuisse, gagnant en arrière la région sacrée, envahissant en avant le triangle de Scarpa et venant faire saillie au-dessus de l'arcade de Fallope dans la fosse iliaque interne.

Cette tumeur est en réalité constituée par trois tumeurs distinctes, Une tumeur antérieure située dans le triangle de Scarpa, nettement fluctuante et permettant de percevoir par la palpation et la percussion méthodique une sorte de frémissement un peu rude très facilement appréciable.

Cette tumeur se continue au-dessus de l'arcade de Fallope et s'étend en bas à peu près jusqu'au niveau du petit trochanter, complètement indépendante de la peau qui glisse facilement sur elle. Elle est mate à la percussion.

L'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté est comme dédoublée et l'on sent nettement à son niveau une série de petits mamelons osseux qui paraissent menacer la peau d'une perforation. La seconde tumeur occupe

la région fessière. Bien délimitée en dedans où elle s'étend jusqu'au sacrum, en bas où elle s'arrête un peu au-dessus du pli fessier, en haut où elle ne dépasse pas la crête iliaque, elle se confond au contraire en dehors avec les tissus environnants, sans qu'on puisse lui assigner des limites bien précises. Elle est mâte à la percussion. La fluctuation ne permet de déceler ni fluctuation, ni frémissement. La peau glisse facilement sur elle, mais elle paraît adhérer fortement aux parties profondes dont il est impossible de la détacher. La troisième tumeur occupe la partie supérieure de la région sacrée. Du volume du poing environ, elle est mâte à la percussion, nettement fluctuante et paraît, comme les deux autres, complètement indépendante de la peau.

On ne trouve aucun indice paraissant dénoter une communication quelconque entre ces différentes tumeurs.

Indépendamment de ces tumeurs principales, il existe dans l'hypochondre gauche, au-dessous des fausses côtes, une tumeur arrondie du volume d'une mandarine, mobile sur les parties profondes et bien détachée de la peau. La palpation et la percussion ne nous donnent aucun renseignement sur sa consistance, ce que sa situation nous explique facilement.

Le membre inférieur gauche est notablement raccourci et la mensuration nous donne une diminution de 5 centimètres sur l'autre.

Le toucher vaginal nous permet de constater la présence d'une saillie fluctuante dans le cul-de-sac latéral gauche. Il existe en outre, sur la lèvre postérieure du col, une tumeur polypiforme ayant à peu près le volume d'une amande.

Le toucher rectal ne nous fournit aucun renseignement.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale s'accompagnent de craquements articulaires.

Nous examinons la malade debout :

La colonne vertébrale présente dans la région dorsale une légère scoliose à convexité gauche.

La fesse gauche diffère notablement de celle du côté opposé. On ne constate pas à la partie externe du grand trochanter la dépression ordinaire. La

fesse se continue, à la partie externe, sans aucune transition brusque, avec le reste de la cuisse. Le pli fessier gauche est notablement accusé et un peu plus élevé que le droit. Le pied gauche, dévié en dehors, appuie sur les orteils, le talon étant à peu près à 5 centimètres du sol.

Les mouvements volontaires de l'articulation du genou sont normaux; ceux de l'articulation de la hanche sont un peu modifiés.

L'adduction et l'abduction se font librement, quoiqu'un peu limitées; mais la flexion ne dépasse pas 30 degrés et, à partir de là, elle s'accompagne d'un mouvement en masse de l'os coxal.

La malade ne peut marcher qu'en boitant et avec l'aide de deux cannes.

Les douleurs accusées autrefois ont complètement disparu, sauf cependant celles causées par la compression de la tumeur sacrée dans le décubitus dorsal.

L'état général de la malade est mauvais. Elle a beaucoup maigri, son teint est jaunâtre et son appétit a bien diminué.

Examen sous le chloroforme. — L'examen de la ligne de Nélaton montre qu'il n'existe ni luxation, ni subluxation. Les craquements articulaires ont disparu. Il semble exister une communication très nette entre la tumeur inguinale et la tumeur fessière et l'on peut refouler alternativement le contenu de ces poches de l'une à l'autre.

La tumeur sacrée paraît indépendante des autres.

Opération le 15 janvier 1895 : la malade étant couchée dans le décubitus, latéral droit, M. le professeur Demons fait une incision courbe, parallèle dans sa partie moyenne à la crête de l'os coxal, et située à deux centimètres au-dessus. L'extrémité postérieure de l'incision gagne la ligne épineuse au niveau de la deuxième vertèbre sacrée environ, tandis que l'extrémité antérieure s'incurve brusquement et vient se terminer à un travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure et à 2 centimètres au-dessous de ce point. Cette incision commencée, au niveau de la partie, moyenne donne immédiatement passage à un liquide jaunâtre, ressemblant à de la purée de pomme de terre, ainsi qu'à des débris de membranes hydatiques et à quelques vésicules non altérées. M. Demons prolonge alors ces incisions en avant et

en arrière jusqu'aux limites indiquées. Il constate que ces vésicules proviennent de la masse même de l'os coxal, mais qu'elles sont contenues dans de nombreuses loges séparées par des cloisons complètes, ce qui explique l'absence de fluctuation que nous avons notée. La table externe de l'os coxal est en grande partie détruite, la table interne est comme soufflée, séparée d'elle par une vaste cavité contenant de nombreuses vésicules et plusieurs séquestres osseux dont trois ou quatre gros comme une noix. A 3 centimètres en avant de l'articulation sacro-iliaque, existe une perforation ayant intéressé l'épaisseur de l'os coxal et faisant communiquer la fosse iliaque interne avec l'externe. Par cette ouverture, on introduit une volumineuse curette qui ramène encore des vésicules et des séquestres. Quant à la tumeur de la région sacrée, elle est ouverte par la partie postérieure de l'incision, et il s'en écoule un liquide jaunâtre sans hydatides. C'est alors qu'un aide exerçant une pression continue sur la tumeur du triangle de Scarpa, on peut constater qu'il existe une voie de communication entre ce triangle et la fosse iliaque interne. M. Demons, craignant que le draînage ne soit pas suffisant par cette voie, fait en avant une incision de 14 centimètres, sensiblement parallèle à la direction des vaisseaux femoraux, mais tracé en dehors et partant de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette nouvelle incision donne passage à une grande quantité de vésicules hydatiques altérées parmi lesquels s'en trouvent quelques unes saines et surtout à des séquestres, le tout nageant dans un liquide jaunâtre épais. Les diverses cavités sont soigneusement curetées et lavées ensuite à l'eau filtrée, puis, en dernier lieu, au sublimé. Les plaies sont réunies par des sutures au crin de Florence, mais on a soin de placer 3 drains de très gros calibres, l'un pénétrant dans l'orifice de l'os coxal, faisant communiquer la fosse iliaque interne avec l'extérieur, l'autre courant parallèlement à la ligne d'incision supérieure et sortant par la partie postérieure ; un 3e drain est placé dans l'incision du triangle de Scarpa. On fait un pansement iodoformé avec spica de l'aine et la malade est placée dans une gouttière de Bonnet. On ne toucha pas à la tumeur de l'épiploon.

Suites de l'opération. — Le second et le troisième jour, il s'élimine par

les drains un liquide semblable à celui qui s'est écoulé pendant l'opération et contenant des séquestres et des débris de membranes hydatiques. Le quatrième jour, la malade est retirée de la gouttière de Bonnet. Le liquide qui s'écoule par les drains devient franchement purulent. On voit survenir une fièvre intense et un œdème de tout le membre inférieur gauche. Le dixième jour, on enlève les pointes de suture. La réunion de la plaie est complète, sauf dans les angles où se trouvent les drains; vers le vingtième jours on supprime le drain parallèle à la crête iliaque. Le 1er mars on enlève le drain antérieur; le troisième drain est peu à peu raccourci et pour le 20 mars, il ne pénètre plus dans l'orifice de l'os coxal; la suppuration diminue peu à peu ainsi que l'œdème.

Etat actuel (1er avril). — La plaie antérieure est complètement fermée. De la plaie postérieure, il ne reste plus qu'un orifice d'environ trois centimètres, donnant passage à un drain de petit calibre et fort court, par lequel s'écoule une très petite quantité de pus. Depuis quinze jours on a vu apparaître sur la fesse gauche une petite tumeur, mobile sous la peau, adhérente aux parties profondes et ayant à peu près le volume d'une prune. La cuisse gauche est un peu œdématiée, mais il n'y a pas d'infiltration au niveau du tibia. La tumenr de l'épiploon ne paraît pas avoir augmenté de volume. La percussion au niveau de la fosse iliaque externe donne un bruit de pot félé ressemblant au tympanisme de Skoda. Le toucher vaginal nous montre que la saillie du cul-de-sac latéral gauche a complètement disparu. La malade se lève toute seule depuis le 20 mars, elle se couche toute seule, se tient droit toute seule, et marche facilement dans la salle en s'aidant de deux cannes. Les autres signes constatés dans l'examen du 15 mars n'ont pas varié. L'état général de la malade est excellent, elle a beaucoup engraissé, son appétit est excellent et son visage a perdu la teinte jaunâtre indiquant un affaiblissement progressif.

Le 11 mai, la malade réclame elle-même son exeat.

A ce moment, l'état général s'est considérablement amélioré. Elle éprouve cependant encore des douleurs spontanées intermittentes et qui n'augmentent pas par la pression. Elle peut se tenir debout sans aucun appui. Dans cette position, le pied gauche est en équinisme la pointe tournée en dehors.

La marche est possible avec l'aide d'un bâton. Elle fatigue vite la malade qui ne peut se promener qu'en s'appuyant sur deux cannes.

La fesse gauche est augmentée de volume. Le pli fessier est abaissé.

Les mouvements de l'articulation sont limités, et dans la flexion on sent à un moment donné que l'os coxal est entraîné par les mouvements imprimés aux membres.

L'articulation du genou ne paraît pas atteinte.

La plaie fessière est cicatrisée, sauf en un point situé à deux travers de doigt de la crête sacrée. Il existe à ce niveau un orifice fistuleux donnant issue à du pus, et donnant accès dans un trajet ayant une profondeur d'environ 3 à 4 centimètres.

La cicatrice du triangle de Scarpa laisse écouler par sa partie supérieure une petite quantité de liquide louche.

Les deux membres inférieurs ont sensiblement le même volume.

Les tumeurs de l'épiploon et du tissu cellulaire de la fesse n'ont pas changé.

Le toucher vaginal permet de percevoir dans le cul-de-sac latéral gauche une légère tuméfaction n'ayant aucun caractère bien net.

Nous avons revu la malade le 8 décembre 1895. Son état général s'est beaucoup altéré; elle a maigri, ses traits pâles, étirés sont ceux d'une personne minée par une suppuration continue. Elle est levée, mais elle marche très difficilement, même avec l'aide de deux cannes. Son médecin nous apprend qu'elle a présenté à la région fessière deux abcès qu'il a incisés, et qu'il l'a soignée pour de l'écthyma avec fièvre et diarrhée abondante ayant duré plus d'un mois. Nous l'examinons à notre tour. Nous pouvons constater que rien n'est modifié dans son attitude assise ou debout, dans sa démarche et que les mouvements articulaires sont tels qu'à sa sortie de l'hôpital. Il existe trois orifices fistuleux au niveau de la cicatrice fessière, donnant accès dans des trajets variant de 2 à 5 centimètres, l'exploration au stylet permettant de sentir un os dénudé. Il s'écoule du pus en assez grande abondance surtout par l'orifice le plus interne et la malade nous montre plusieurs séquestres s'étant fait jour à l'extérieur depuis plusieurs mois.

En avant, il existe deux orifices fistuleux semblables. L'un est situé à la partie supérieure de l'incision inguinale, l'autre à la partie la plus interne du pli inguinal.

Au niveau de l'ischion, on trouve une tuméfaction douloureuse à la pression, non encore fluctuante, mais qui certainement se transformera sous peu en un foyer purulent. La tumeur du tissu cellulaire de la fesse paraît avoir diminué de volume. Celle de l'épiploon au contraire a augmenté et présente à peu près celui du poing.

La douleur de la hanche s'irradiant dans le membre inférieur gauche persiste toujours avec son caractère subaigu. La palpation ne paraît pas l'augmenter.

Kystes hydatiques du sacrum ou avec prédominance des lésions de cet os.

OBSERVATION XVI

Mazet (Bull. Soc. anat., 1837, p. 226).

M. Mazet fait voir le sacrum d'un homme qui entra à l'hôpital Saint-Antoine pour se faire traiter d'un abcès par congestion, situé au niveau de l'épine postérieure et supérieure de l'os des îles. Une ponction pratiquée donna issue à un pus excessivement fétide. Le malade mourut. On trouva la fin du canal vertébral et tout le canal sacré remplis d'acéphalocystes ; le sacrum était en outre carié et son canal communiquait avec l'abcès par une ouverture située à la partie postérieure et médiane. Pendant la vie, il n'y avait pas eu de paralysie.

(La pièce est déposée au musée Dupuytren, n. 297).

OBSERVATION XVII

Polaillon.

La nommée M... (Louise), âgée de 33 ans, gantière, entre le 22 octobre 1885, à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, lit n. 16, service de M. le docteur Polaillon. La mère de la malade est morte à 39 ans. Son père, âgé de 65 ans,

se porte bien ainsi que ses deux sœurs. Jusqu'à 16 ans, Louise M... s'est toujours bien portée. A cette époque, elle eut la variole. Réglée à 14 ans, elle eut toujours des irrégularités très grandes dans la menstruation. Il y a quatre ans environ, apparurent, pour la première fois, des douleurs vives dans la jambe droite, douleurs qui ne tardèrent pas à s'étendre à la région lombaire et durèrent deux ans, en laissant quelques longues périodes de calme à la malade.

En novembre 1884, avec une nouvelle poussée de douleurs, on vit se développer, au niveau des premières vertèbres sacrées, sur la ligne médiane, une tumeur dont le volume n'augmenta que fort lentement. Depuis quelque temps, elle avait atteint la grosseur d'un œuf de poule, lorsque, le 18 octobre dernier, la malade fit une chute dans un escalier et se contusionna fortement la région sacrée. Aussitôt, la tumeur devint beaucoup plus douloureuse, son volume augmenta et Louise M... dut entrer à l'hôpital. Le jour de l'entrée, on constata l'existence d'une tumeur molle fluctuante, peu douloureuse à la pression superficielle et couverte par la peau rouge et enflammée. Cette tumeur siège au niveau des premières vertèbres sacrées et empiète un peu sur la région lombaire. La partie supérieure du sillon fessier la sépare en deux lobes, à son extrémité inférieure. L'état général est bon ; un peu d'amaigrissement depuis quelques semaines; pas de fièvre; miction quelquefois pénible, défécation souvent douloureuses. Les règles sont toujours irrégulières. 23 octobre : M. Polaillon pratique une ponction avec l'appareil Potain. On retire péniblement une petite quantité d'un pus brunâtre épais qui contient de nombreux débris de membranes blanches, élastiques, qui sont des débris de vésicules hydatiques. Pensant avoir affaire à un kyste d'origine superficielle, M. Polaillon se propose d'ouvrir plus largement la poche. Le 24 : Le lendemain, la malade étant endormie par le chloroforme, on pratique deux incisions de 1 à 2 centimètres, l'une sur la ligne médiane, l'autre plus haut et à sa droite. Avec une grande quantité de pus et de membranes hydatiques, on voit sortir des fragments osseux assez volumineux. Le doigt, introduit par l'incision médiane, pénètre dans une vaste cavité creusée aux dépens du sacrum et profonde de 2 centimètres environ.

Le foyer est abondamment lavé avec la solution phéniquée au 20e, puis pansé avec la poudre d'iodoforme. Le 26, la malade n'a pas eu de fièvre, l'état général est satisfaisant. On renouvelle le pansement de Lister après avoir placé des drains. Le 28, peu de suppuration; la malade a des garde-robes normales, mais la miction est fréquente, souvent incomplète et accompagnée parfois d'une douleur à l'hypogastre. Le 30, lavage et pansement. Les douleurs ont reparu dans la jambe droite, surtout dans la partie antérieure et supérieure de la cuisse; le pied est le siège de quelques picotements. Constipation. Lorsqu'on pratique le toucher vaginal, on rencontré facilement la surface antérieure du sacrum qui paraît boursoufflée. Le col utérin est porté un peu à gauche et en arrière. Les culs-de-sac sont libres. 5 novembre : Le pansement est renouvelé tous les deux jours. Les douleurs dans la jambe ont diminué. Mêmes troubles de la miction. La malade n'a pas été à la selle depuis plusieurs jours. Lavement. Le 7, pansement. La suppuration continue; des membranes sortent à chaque lavage. Hier soir, rétention d'urine. Il a fallu sonder la malade. Les douleurs ont disparu. Le 15 : Le pansement est renouvelé tous les trois jours depuis huit jours. Le 22 : Pas d'appétit. Amaigrissement. La malade a voulu marcher, elle s'est trouvée mal et est tombée dans la salle. Le décubitus latéral droit prolongé a déterminé de la rougeur de la peau au niveau du grand trochanter. Le 25, il s'est produit une escharre sur laquelle on applique du diachylon. On ne trouve nulle part une zone d'anesthésie. Pas de troubles de la motilité. Le 29, une escharre s'est formée sur le grand trochanter gauche, la malade ne pouvant plus se coucher sur le côté droit. 8 décembre : L'appétit est un peu revenu. Même état général. La suppuration est toujours abondante. Le 11, la suppuration ne se tarit pas; l'état général n'est pas bon. M. Polaillon se décide à faire une plus large incision. La malade est endormie par le chloroforme. La plus grande des deux incisions primitives est largement prolongée au thermocautère. Le doigt, pénétrant à travers le sacrum, traverse un canal anfractueux, des parois duquel on détache des fragments osseux dont l'un est gros comme une noix. On arrive ainsi jusque sur les parties molles du bassin. La perforation est située sur

la partie moyenne du sacrum. Le 12, la malade n'a pas eu de fièvre. Le 15, premier pansement depuis l'incision du 11. M. Polaillon a retiré de nouveaux séquestres assez volumineux, soit par le lavage, soit avec une pince à pansements. Le canal creusé dans l'os paraît se diriger en avant et à gauche, vers le sommet du sacrum. 4 janvier 1886 : Pansement à l'iodoforme. L'appétit est meilleur; les forces reviennent un peu. Il n'y a plus de troubles de la miction ni de la défécation. Pendant le pansement, on retire encore des morceaux d'os nécrosé. Le 7, pansement à l'iodoforme. Le 11, pansement, extraction d'un gros fragment. Le 30, l'élimination de fragments osseux continue. L'état général reste à peu près le même. La peau est rouge et douloureuse autour de la plaie; on la saupoudre avec du sous-nitrate de bismuth. A l'œil nu, les séquestres sont constitués de tissu osseux raréfié et paraissent contenir des vésicules dans leur épaisseur même. Les morceaux d'os les plus gros ont été plongés pendant un mois dans une solution concentrée d'acide picrique. Les coupes faites après la décalcification complète ont été colorées avec le picro-carmin, puis montées dans la glycérine. On voit manifestement des membranes hydatiques disséminées, infiltrées dans les aréoles du tissu spongieux. L'état de la malade s'améliore de plus en plus, si bien qu'à l'heure actuelle (20 mai 1886), elle peut être regardée comme complètement guérie. On observe une dépression profonde correspondant à la région sacrée; elle résulte évidemment de la perte de substance que l'os a subie. Il n'existe pas de tuméfactions ni de douleurs qui puissent faire croire à une persistance de l'affection.

OBSERVATION XVIII

H. Rendu (*France Médicale*, 14 juillet 1888).

Kystes hydatiques du foie généralisés aux poumons et au sacrum. Paraplégie.

Marie Ch..., âgée de 36 ans, passementière, est amenée à l'hôpital Necker, le 12 avril 1888, atteinte d'une paraplégie de cause mal déterminée. Cette femme n'a jamais été malade, elle a l'apparence robuste : réglée à 16 ans,

elle n'a jamais présenté le moindre symptôme de maladie utérine, et une grossesse, qui est survenue il y a douze ans, a été suivie d'un accouchement normal. Le début des accidents actuels semble remonter à un an environ. Vers le printemps de 1888, elle a commencé à éprouver des douleurs lombaires et surtout une sciatique dans le membre inférieur droit, qui, sans être extrêmement pénible, n'a jamais cessé complètement pendant plusieurs mois consécutifs. Cette sciatique paraît avoir été unilatérale; cependant, à plusieurs reprises la malade a ressenti également des douleurs dans la jambe gauche. En même temps survenait un affaiblissement progressif des membres inférieurs qui s'accentuait de plus en plus; depuis un mois, la marche est devenue impossible et la malade garde complètement le lit. Au moment de son entrée à l'hôpital, nous trouvons cette femme dans l'état suivant : Il existe une paralysie complète du mouvement aux membres inférieurs. La sensibilité est complètement abolie à la partie postérieure des cuisses et des jambes, aux organes génitaux, ainsi qu'à la région fessière et ischiatique; elle persiste encore, quoique atténuée, à la face interne et antérieure des cuisses, ainsi qu'à la face interne des jambes. La vessie est paralysée, l'urine s'écoule par regorgement, elle est purulente et ammoniacale; cependant, malgré une cystite évidente, la malade ne souffre que très peu de la vessie; elle n'a même pas de sentiment de cuisson au moment de l'émission de l'urine. Le rectum est également paralysé, la constipation est absolue; il n'y a cependant pas encore d'incontinence de matières fécales. L'examen de la malade est difficile en raison de son embonpoint énorme, augmenté encore par un certain degré d'œdème.

L'épaisseur de la paroi abdominale est telle qu'il est impossible d'explorer la cavité abdominale. La seule constatation qui soit certaine est l'augmentation de volume du foie qui déborde évidemment les fausses côtes et occupe une partie du flanc droit. L'utérus paraît sain, et il ne semble pas qu'il y ait de tumeur dans le petit bassin; le toucher vaginal n'indique rien d'anormal. Les autres organes paraissent absolument sains; la respiration est bonne partout; la malade ne tousse pas, n'est point oppressée et n'a pas de palpitations. L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle aucune lésion.

Il n'existe point de douleur en ceinture ni de point fixe rachidien. Les membres supérieurs ne sont nullement paralysés et l'intelligence est nette.

En présence de ces symptômes, le diagnostic posé est le suivant : Paraplégie due vraisemblablement à une compression de la partie inférieure de la moelle et de la queue de cheval, par une tumeur de nature indéterminée. La marche des accidents fut très rapide. Dès le 15 avril, une escharre au sacrum, complètement indolente, du reste, se produisait et elle ne tardait pas à prendre une extension considérable entretenue par le contact de l'urine et des matières fécales. La paralysie rectale était maintenant complète. Les troubles sensitifs, d'abord limités à la partie postérieure et externe des membres inférieurs, se généralisaient à toute la surface tégumentaire : le 20 avril, l'anesthésie était complète. A partir de ce moment, l'état général s'aggrave, la fièvre s'allume, il y a évidemment de la néphrite et de la septicémie urineuse. La malade succomba le 7 mai dans le coma. L'autopsie révéla les désordres suivants : en ouvrant l'abdomen, on tombe sur un foie énorme (6 kilogr.), irrégulier et bosselé, occupant tout le flanc droit. La surface convexe de l'organe est sillonnée par une incision profonde qui pénètre au tiers de son épaisseur. Sur sa face inférieure, à gauche du ligament suspenseur, existe une grosse poche du volume du poing, à parois épaisses et fibreuses. Cette poche renferme un kyste hydatique ancien, rempli de détritus gélatiniformes purulents. Au voisinage de ce kyste, un peu en arrière, se voit une autre poche, de la grosseur d'une noix, contenant des débris exactement analogues. Bien que ce kyste hydatique soit immédiatement contigu à la vésicule biliaire, il n'y a point de gêne de la circulation de la bile et la malade n'a jamais présenté d'ictère. Le parenchyme hépatique est mou, jaunâtre et manifestement atteint de dégénérescence graisseuse. Les autres organes abdominaux sont sains : rate petite et dure, intestin normal. L'utérus est petit, l'ovaire gauche présente un kyste gros comme une orange ; ce n'est pas un kyste hydatique, mais un kyste ovarien ordinaire, ainsi que l'a montré l'examen du liquide et de la paroi.

La vessie présente les lésions classiques de la cystite chronique : la

muqueuse est épaisse, tomenteuse, ardoisée, sur quelques points ulcérée. Les reins, en partie putréfiés, sont atteints de néphrite diffuse. L'ouverture du thorax révèle dans les poumons des désordres inattendus. A la surface du poumon droit se voient cinq noyaux dont les dimensions varient du volume d'une noisette à celui d'une noix. Ce sont de petits kystes hydatiques récents renfermant un liquide transparent et des vésicules secondaires de très petites dimensions. Ces kystes sont irrégulièrement disséminés à la périphérie du poumon, pas au centre du parenchyme : le plus volumineux est situé sur la face diaphragmatique du lobe inférieur, mais sans aucune continuité avec le kyste du foie. Dans le poumon gauche existent des kystes de même apparence, plus nombreux qu'à droite : on peut en compter huit. Quatre occupent le sommet, trois la partie moyenne; le dernier, du volume d'une noix, répond à la face inférieure diaphagmatique. Il est à remarquer que tous ces kystes n'ont donné lieu à aucun phénomène irritatif de la part du parenchyme; le tissu pulmonaire n'est ni épaissi, ni enflammé autour de ces tumeurs, ce qui explique l'absence complète des symptômes et le silence des signes stéthoscopiques. Le cœur est sain. L'examen de la région sacrée donne l'explication des phénomènes de paraplégie. Au niveau de la fesse droite, existe un kyste hydatique du volume du poing, étendu sous les muscles fessiers profonds. De semblables kystes paraissant indépendants du premier, remontent sous les muscles sacro-lombaires, jusqu'au carré des lombes. La lésion la plus profonde siège au niveau du sacrum. Toute la masse osseuse du sacrum, la partie avoisinante des deux os coxaux et la dernière vertèbre lombaire sont envahis par des centaines d'hydatides. Le sacrum surtout est transformé en une sorte de tissus spongieux, friable, rempli de petites hydatides grosses comme des grains de raisin qui s'en échappent de toutes parts. Tous les filets de la queue de cheval sont détruits et réduits à l'état de filaments grisâtres, ramollis, qui s'en vont en lambeaux quant on cherche à les disséquer. C'est là évidemment la lésion primitive des centres nerveux, celle qui a occasionné la sciatique initiale et la paraplégie. Le renflement lombaire de la moelle est devenu secondairement malade. Il est transformé en une sorte de bouillie purulente et complète-

ment détruit. Des hydatides récentes se voient à ce niveau dans le canal vertébral. Au-dessus, la moelle est saine, mais très congestionnée. Cette observation offre quelques points intéressants à relever. D'abord, la généralisation de kystes hydatiques secondaires dans plusieurs organes, alors que la poche mère, celle du foie, était depuis longtemps dégénérée. Bien qu'il paraisse vraisemblable de supposer que le kyste du foie ait été le point de départ initial de la dissémination des tumeurs secondaires, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer qu'il était parfaitement clos et sans communication apparente avec le système circulatoire. Il n'y avait pas non plus d'autre poche hydatique dans la cavité abdominale, ce qui se voit fréquemment quand le kyste primitif s'est rompu et a laissé échapper des vésicules filles dans la cavité péritonéale. Ce n'était pas le cas ici cliniquement, la localisation de la lésion (quelle qu'elle fût d'ailleurs) à la région de la queue de cheval avait été soupçonnée en raison de la singulière disposition de l'anesthésie des membres inférieurs. En effet, celle-ci était absolue à la région fessière et sacrée, ainsi que sur toute la partie postérieure des membres inférieurs; elle était complète également au niveau des organes génitaux. Au contraire, la sensibilité paraissait, sans être absolument parfaite, au niveau de la face interne des cuisses et des jambes ainsi qu'à la région obturatrice : la circonscription de tégument innervée par le crural et le nerf obturateur semblait donc avoir échappé aux causes de compression qui portaient sur le plexus sacré et les origines du sciatique. Or, c'est là un point intéressant de topographie nerveuse sur laquelle a insisté récemment, un auteur anglais, Zhorhirn (Brain., janvier 1888, p. 380) et qui permet de diagnostiquer la localisation des lésions à la queue de cheval. Chez notre malade, l'extension des désordres de la moelle lombaire produisit bientôt la généralisation de l'anesthésie à tout le membre inférieur, mais au début, ce symptôme était assez net pour que nous ayons pu affirmer l'antériorité de la lésion du sacrum par rapport à celle du renflement lombaire.

CONCLUSIONS

1° Le kyste hydatique des os du bassin est une affection rare.

2° Ses *causes* sont celles des kystes hydatiques en général, mais il est plus particulièrement influencé par le traumatisme et la grossesse.

3° Sa fréquence beaucoup plus grande au niveau de l'os coxal s'explique par une *disposition anatomique spéciale.*

4° Ses *symptômes* sont très variables et prêtent facilement à la confusion avec d'autres maladies. Délaissant le *frémissement hydatique* qui n'a rien de spécifique, on doit rechercher avec soin la *fluctuation crépitante.*

5° La *marche* de l'affection est lente. Elle aboutit à la cachexie hydatique par intoxication, lorsque rien ne vient modifier son évolution.

6° Le *diagnostic* ne peut être fait que par exclusion. Il doit être négatif d'abord vis-à-vis des autres tumeurs de la région, affirmatif ensuite, relativement aux symptômes du kyste hydatique. Il ne sera absolument certain qu'après l'incision exploratrice, qui doit, ici, se substituer presque complètement à la ponction.

7° Le *pronostic* est toujours fatal lorsqu'on n'intervient pas ou que l'on intervient insuffisamment. Il est favorable, si l'intervention est sérieuse.

8° Deux méthodes de *traitement* répondent seules aux indications qui sont d'opérer vite et d'opérer largement : l'incision

avec curettage, suivie du lavage et drainage à la gaze iodoformée ; la résection complète ou incomplète.

9° Il existe des rapports intimes entre le kyste hydatique et la grossesse. L'accoucheur ne peut les ignorer, car la tumeur peut être une source de dystocie et nécessiter son intervention qui variera suivant les cas.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr A. BOUCHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 11 décembre 1895,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ACHARD. — De l'intoxication hydatique *(Arch. gén. de méd.*, 1889).

BAILLET. — Compte-rendu des recherches et des expériences faites sur l'organisation et la reproduction des cestoïdes du genre Tænia *(Annales des sc. nat., zoologie,* 1858).

BARDLEBEN. — *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1883.

BAMBERGER. — *Wirchow's Handbuch der spec. pathol. und ther.*

BENEDEN (Van). — Mémoire sur les vers intestinaux, 1833.

BÉRARD (A.). — Dictionnaire en 30 volumes, 2e édit., 1840.

BLANCHARD (R.). — Traité de zoologie médicale, 1836.

BRIANÇON (P.-A.). — Essai sur le diagnostic et le traitement des acéphalocystes. Th. de Paris, 1828.

CHARPENTIER. — Traité d'accouchement.

CRUVEILHER. — Anat. pathol. générale.

DANLOS. — Th. Paris, 1879. De l'influence du traumatisme accidentel considéré comme cause des kystes hydatiques en général.

DENONVILIERS. — *Bull. Soc. d'anat.*, 1856, p. 119.

DAVAINE. — Traité des entozoaires et des maladies vermineuses, 2e édit., 1877.

» Recherches sur le frem hydatiq. *(Mém. Soc. de biologie*, 1861).

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.

ESSAULOW. — *Annales de la Soc. de méd. de Moscou.*

FRICKE. — *Hamburg Zeitsch. f. die gesammt. med.*, 1838.

GANGOLPHE. — Kystes hydatiques des os. Th. d'agrég., Paris, 1886.

» Maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.

GURLT. — Gelenkkrh. 550 et s. 189.

HEYDENREICH. — Dict. encycl. des sc. médic., art. *Os.*

HAVAGE. — Étude clinique sur les tumeurs des os du bassin. Th. de Paris, 1882.

KLENCKE. — *Gazette médicale.* Paris, 1843 *(Archiv. f. die gesammt. med.).*

KUHN. — Recherches sur les acéphalocystes et sur la manière dont ces productions parasites peuvent donner lieu à des tubercules.

JACCOUD. — Leçons de clinique médicale de Lariboisière, 1873.

LABOULBÈNE. — Nouv. élém. d'anat. path. descriptive et histologique. Paris, 1879.

LAVIGNE (de). — Etude des kystes hydatiques du petit bassin. Th. de Bordeaux, 1893.

LEUCKART. — Die menschlichen parasiten und die von ihnen herrührenden Krankheiten, t. I et appendice, 1876.

LUTON. — Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.

MARGUET. — Kystes hydatiques des muscles volontaires. Th. de Paris, 1888.

MAZET. — *Bull. Soc. d'anat.*, t. XXII, p. 226.

MONÉGER. — Kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin. Th. de Lyon, 1892.

MONIEZ. — Mémoire sur les cestoïdes. Lille, 1881.

MOURSON et SCHLAGDENHAUFFEN. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1882.

PIHAN. — *Bull. Soc. d'anat.*, 1860, 2e série, t. V, p. 363.

PINTOS-POSELLAS. — Corradi dell'ostetricia in Italia, Cagliari, 1879.

PONCET. — Art. *Tumeur des os.* Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

PORAK. — Des kystes du petit bassin au point de vue de la dystocie *(Gaz. hebd.*, 1884).

RAILLET. — Traité de zoologie, 1886.

RECZEY. — *Deutsche Zeitschr. f. chir.*, VII, n. 3, 4, 1876, 285-294.

RENDU. — *France médic.*, 1888.

ROKITANSKY. — *Lehrb. d. path. anat.*, 3 Aufl. Bd., 2 s. 141.

SCHNITZLER. — Soc. imp. roy. de Vienne (V. *Bull. méd.*, 1892, p. 136).

SEGOND. — Art. *Kyste hydatique du foie* (Traité de chirurgie de Duplay et Reclus).

SIEBOLD (Von). — *Ann. des sc. natur. zoologie*, 4e série, t. IV, 1855.

STANLEY. — Disease of the bones, 1849, p. 189-193.

TRENDELENBURG. — Verhandl. d. deutsch. gesell. f. chir., 1881.

VIERTEL. — *Arch. f. klin. chir.*, vol. XVIII, fasc. 3, p. 476, 1875.

VIRCHOW. — *Arch. f. pathol. anat.*, 1879-80.

» Soc. de méd. de Berlin, 12 déc. 1883.

19,600. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.